

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 96

DES

ABCÈS DYSENTÉRIQUES TARDIFS

du Foie et du Poumon

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le mercredi 24 janvier 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HUBERT LAFERRÈRE

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE LYON

Né à Charbonnières (Rhône), le 4 août 1873



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

Rue de la Barre, 12. — F. PLAN, Directeur

—
1900

LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

100, rue de la République, 100

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 96

DES
ABCÈS DYSENTÉRIQUES TARDIFS
du Foie et du Poumon

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le mercredi 24 janvier 1900

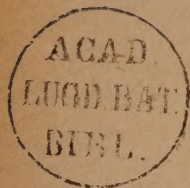
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HUBERT LAFERRÈRE

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE LYON

Né à Charbonnières (Rhône), le 4 août 1873



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

Rue de la Barre, 12. — F. PLAN, Directeur

1900

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

	MM.
Cliniques médicales.	LÉPINE.
Cliniques chirurgicales	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	OLLIER.
Clinique ophthalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.	GAYET.
Physique médicale.	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.	MONOYER.
Matière médicale et Botanique.	HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.	CAZENEUVE.
Anatomie.	FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.	LORTET.
Physiologie.	TESTUT.
Pathologie interne.	RENAUT.
Pathologie externe.	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	TEISSIER.
Anatomie pathologique.	AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.	TRIPPIER.
Médecine légale.	POLLOSSON (Maurice).
Hygiène.	ARLOING.
Thérapeutique.	LACASSAGNE.
Pharmacie.	BARD.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	MM. WEILL,	agré
Maladies des voies urinaires.	CHANDELUX,	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS,	—
Accouchements.	POLLOSSON (Aug.),	—
Propédeutique médicale.	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE,	—
Botanique.	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	COURMONT.	VALLAS.	PAVIOT.
ROUX.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
POLLOSSON (A.)	COLLET.	DURAND.	BERARD.
ROCHET.	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROLLET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
CONDAMIN.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. TEISSIER, Président; M. ROQUE, Assesseur;
MM. DEVIC et COLLET, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND'PÈRE

A MES PARENTS

A M. LE D^r JOSSERAND
MÉDECIN DES HÔPITAUX DE LYON

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,
M. LE PROFESSEUR TEISSIER

INTRODUCTION

Le 5 décembre 1897 paraissait dans le *Lyon Médical*, sous la signature de M. le Dr Etienne Josserand, médecin des hôpitaux de Lyon, un intéressant mémoire sur les *abcès dysentériques tardifs du foie*. De la lecture de ces pages est surgie l'idée de notre travail sur ce point de la pathologie qui jusqu'alors semblait n'avoir pas éveillé l'attention qu'il méritait.

En effet, les auteurs à qui l'on doit la plus grande part des travaux sur la dysenterie et les abcès hépatiques, nous désignons les médecins militaires, n'observent que la complication hépatique immédiate, l'abcès précoce du foie, dont l'apparition est contemporaine ou à peu près des accidents dysentériques aigus. Haspel (1), Catteloup (2), Cambay (3), et plus près de nous Laveran, Béranger-Feraud, Kelsch et Kiener, pour ne citer qu'eux, ont puissamment contribué par leurs longues et patientes recherches à éclairer l'histoire de la dysenterie et de ses rapports avec le foie ; mais observant sur des soldats de passage qu'ils ne tardent pas à perdre de vue, on com-

(1) Haspel. *Maladies de l'Algérie*. Paris, 1850 et 1852.

(2) Catteloup. *Rec. de mem. de méd. et de ph. milit.*, 1847.

(3) Cambay. *Traité des maladies des pays chauds*. Paris, 1847.

prend qu'ils ne puissent étudier les conséquences éloignées de l'affection intestinale. Aussi ne trouve-t-on pas chez eux de réponse à cette question pratique : combien de temps un dysentérique reste-t-il menacé d'un abcès du foie ?

Le malade est en effet depuis longtemps de retour en Europe lorsque éclatent les complications hépatiques tardives. M. le D^r E. Josserand a montré combien cette période menaçante peut se prolonger et quelle erreur ce serait de renoncer à dépister un abcès du foie sous le fallacieux prétexte de l'ancienneté des antécédents dysentériques. « La dysenterie chez un sujet soupçonné d'abcès du foie, dit l'auteur, doit être recherchée avec le même soin et presque aussi loin dans le passé que le chancre induré dans un cas supposé de syphilis cérébrale. » Et cela d'autant plus que la guérison n'est qu'apparente et que la dysenterie revêt un caractère fruste dont on peut retrouver les traces à l'autopsie, en constatant la guérison imparfaite des lésions intestinales. En outre, il a mis en évidence la marche générale, insidieuse et torpide, de ces abcès hépatiques, la stérilité habituelle de leur pus, la fréquence avec laquelle ils sont méconnus tant en raison de l'ancienneté de la dysenterie qu'à cause de la marche anormale et souvent fruste de l'abcès et de l'affection intestinale ; il a démontré les erreurs fréquentes de diagnostic et la confusion, presque constante avec la tuberculose pulmonaire. La mise en lumière de ces différents points éclairait d'un jour nouveau ce côté de la pathologie hépatique ; désormais le clinicien était mis en garde contre la

possibilité de faits semblables, en même temps que la prophylaxie était mieux assurée, le diagnostic plus aisé et la pathogénie mieux connue.

Ces intéressantes conclusions de M. le Dr E. Joserand étaient basées sur sept cas typiques d'abcès dysentériques tardifs du foie, dont trois personnels observés par l'auteur lui-même. Depuis, sa collection s'est enrichie de trois cas nouveaux, dont un très intéressant d'abcès pulmonaire, et un autre dû à M. le Dr Garand, médecin des hôpitaux de Saint-Étienne, et enfin un troisième observé à l'hôpital Saint-Pothin.

Nous avons pensé qu'il serait intéressant de recueillir les cas de ce genre épars dans la littérature médicale, afin de donner, si possible, une base plus solide à notre travail. Nos recherches bibliographiques ont été assez heureuses et nous ont permis de porter à vingt et un le nombre des observations.

Enfin, tout dernièrement nous avons eu la bonne fortune de rencontrer dans le service de M. le professeur-agrégé Vallas un malade porteur d'abcès du foie dysentérique dont la marche cadrerait avec notre sujet. Nous arrivons ainsi à un total de vingt-deux observations, dont deux concernent des manifestations pulmonaires de la dysenterie.

Nous avons pensé qu'il était préférable de toutes les réunir à la fin de notre thèse, où on pourra les consulter en détail lorsque, chemin faisant, à propos de tel ou tel point à éclaircir, nous y renverrons le lecteur. Parfois cependant il nous a paru bon d'en faire double emploi en intercalant dans le texte une obser-

vation entière ou un fragment d'observation à l'appui d'une affirmation ou d'une description.

Nous diviserons notre travail en huit chapitres. Dans le premier, nous étudierons la dysenterie chronique, en montrant qu'à côté du type ordinaire succédant à la dysenterie aiguë et conduisant sans répit le malade à la cachexie finale, il existe un autre type insidieux, si bénin en apparence que le sujet, d'excellente santé apparente, n'y attache aucune importance jusqu'au jour où la complication hépatique apparaît.

L'étiologie des abcès tardifs du foie constituera le chapitre II.

Dans le chapitre III nous passerons en revue les différents symptômes propres à cette variété d'abcès et qui les distinguent nettement, au point de vue clinique, de la variété commune des abcès précoces.

Le chapitre IV concernera leur anatomie pathologique et leur bactériologie.

Dans un cinquième chapitre nous étudierons leurs complications pleuro-pulmonaires avec une incursion dans le domaine des abcès dysentériques du poumon.

La pathogénie formera le sujet du sixième chapitre.

Le chapitre VII sera réservé au diagnostic.

Enfin dans le chapitre VIII nous parlerons de leur prophylaxie et de leur traitement.

Avant d'aborder l'étude de notre sujet, qu'il nous soit permis d'adresser à nos maîtres, pour leur constante bienveillance, l'hommage de notre profonde gratitude.

M. le professeur Teissier nous fait le grand hon-

neur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous le prions d'accepter l'expression de notre vive reconnaissance.

M. le D^r E. Josserand, dont un semestre d'externat nous avait permis d'apprécier l'enseignement clair et méthodique, a bien voulu s'intéresser à nous au terme de nos études. Ni son temps, ni ses conseils ne nous ont été épargnés ; il nous a tracé la voie que nous avons suivie, et si nous avons mené à bien notre modeste travail, c'est à lui qu'en revient tout l'honneur. Notre profonde reconnaissance lui est pleinement acquise.

Au D^r Cordier, qui fut notre premier maître dans les hôpitaux, et dont nous aimons à nous rappeler les intéressantes leçons sur les maladies de la peau, nous adressons l'expression de notre gratitude inaltérable.

Deux semestres d'externat passés dans le service de M. le professeur M. Pollosson nous ont valu des marques d'intérêt auxquelles nous voudrions pouvoir répondre mieux que par de banals remerciements.

Nous avons eu l'honneur, comme interne intérimaire à la Croix-Rousse, de profiter du docte enseignement de M. le professeur agrégé Roque ; nous le remercions ici bien sincèrement.

Nous n'oublierons pas M. le D^r Garand, médecin des hôpitaux de Saint-Étienne, à qui nous devons une observation d'abcès du foie aussi curieuse qu'intéressante. Nous lui adressons nos sincères remerciements pour son gracieux concours.

DES
ABCÈS DYSENTÉRIQUES TARDIFS
du Foie et du Poumon

CHAPITRE PREMIER

Des divers types cliniques de la dysenterie
chronique.

Divers types suivant le mode d'évolution. — Dysenterie chronique grave rapide. — Dysenterie chronique grave prolongée. — Dysenterie chronique grave intermittente. — Dysenterie chronique fruste.

Dans l'immense majorité des cas, la dysenterie chronique succède à la forme aiguë dont nous allons rapidement esquisser le tableau le plus habituel.

A la suite d'un écart de régime, d'un refroidissement ou de conditions hygiéniques défectueuses, un individu est pris de diarrhée et de douleurs abdominales. Tout d'abord les selles sont d'une fréquence modérée, ne dépassant pas huit à dix par jour; les matières en sont glaireuses, séreuses, analogues à de

l'albumine mal cuite ou à du frai de poisson. A ce moment il peut ne pas y avoir encore de sang ou seulement quelques filets sanguinolents. Mais au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures, la scène change. Les selles renferment alors du sang pur mélangé à de fausses membranes vulgairement appelées *râclures de boyaux*, résultat d'une muqueuse intestinale profondément délabrée ; elles ne tardent pas, en outre, à être d'une horrible fétidité. Les besoins sont fréquents, impérieux, bientôt incessants ; le malade se présente plusieurs fois par heure à la garde-robe et on voit, dans les cas graves, le nombre des selles atteindre et même dépasser cinquante par vingt-quatre heures. Souvent, ce ne sont que de faux besoins, accompagnés d'épreintes et de ténésme, qui constituent pour le sujet une sensation des plus pénibles et due, comme le fait remarquer M. Dieulafoy (1), non pas « à la contracture convulsive du sphincter, car l'anus est béant et largement ouvert, mais à la violente inflammation du conduit ». Ce ténésme peut se propager à la vessie et déterminer une dysurie qui vient accroître l'angoisse du malade.

Les douleurs sont vives, surtout accusées sur le trajet du gros intestin ; le ventre est ballonné, douloureux, et la moindre pression devient insupportable ; des vomissements alimentaires, puis bilieux, apparaissent.

La température, qui s'est élevée progressivement, oscille entre 38° et 39°, sans s'élever en général beau-

(1) Dieulafoy. *Man. de path. int.*, t. III, 1897.

coup, car, disent Kelsch et Kiener (1) : « si le poison dysentérique est pyrogène, il l'est à faible degré, et l'ascension thermique qu'il détermine est peut-être moins l'effet d'une augmentation de production de la chaleur que d'une diminution des déperditions périphériques ». La soif est vive, la langue rouge, sèche, dépouillée ; l'amaigrissement fait de rapides progrès : le malade, au lit seulement depuis quelques jours, est déjà presque méconnaissable ; les traits sont tirés, les yeux excavés, la peau sèche, le poulx petit et misérable ; le facies est abattu et la faiblesse devient bientôt extrême, au point que le malade ne peut plus quitter le lit. A ce moment la fièvre disparaît et la température peut même tomber au-dessous de la normale ; le refroidissement survient et le sujet s'éteint non sans avoir conservé jusqu'au bout sa lucidité d'esprit. Lorsqu'au contraire la terminaison doit être favorable, le nombre des selles diminue, leur nature se modifie, et, de sanguinolentes et pseudo-membraneuses qu'elles étaient, elles deviennent glaireuses, puis muqueuses et enfin moulées ; en même temps les vomissements cessent, l'appétit revient avec les forces, et après une convalescence plus ou moins longue, le malade est complètement guéri au bout de quelques semaines.

PREMIER TYPE DE LA DYSENTERIE CHRONIQUE. — Mais il peut arriver que l'affection, tout en conservant son caractère de gravité, se prolonge bien au

(1) Kelsch et Kiener. *Traité des maladies des pays chauds*, p. 48.

delà : c'est alors la *dysenterie chronique grave rapide*. Entre cette forme et la précédente, la frontière est impossible à tracer ; il n'y a pas d'entr'acte, pas d'amélioration, et l'on ne peut préciser le moment où la maladie passe de l'état aigu à l'état chronique. Pendant un petit nombre de mois, rarement plus, le malade continue à présenter les symptômes nets de la dysenterie. Les selles restent fréquentes, quoique leur nombre ait parfois un peu diminué. La présence de sang et de membranes indique leur véritable nature ; les douleurs ne s'atténuent parfois que pour se réveiller plus vives ; la température est nulle ou peu élevée ; le malade offre l'aspect cachectique avec son teint terreux, l'œdème des jambes et une maigreur extrême. Finalement la mort arrive dans le marasme le plus complet, sans que jamais une rémission momentanée dans la marche ait pu donner quelque espoir à l'entourage.

DEUXIÈME TYPE DE LA DYSENTERIE CHRONIQUE. — A côté de cette dysenterie chronique grave rapide, qui n'est à proprement parler que de la dysenterie aiguë prolongée, existe un second type : la *dysenterie chronique grave prolongée*.

Le malade s'est remis de son attaque de dysenterie aiguë. Toutefois la guérison est loin d'être complète ; des accès de diarrhée reviennent fréquemment, constituant de véritables rechutes ; l'état général reste mauvais et le patient ne peut reprendre ses occupations. C'est alors qu'on le fait rapatrier. De retour en Europe, il semble tout d'abord que le changement

de climat va remédier à un état de choses alarmant : les selles paraissent se modifier légèrement et diminuer un peu de fréquence, l'appétit revient, les forces semblent renaître et le sujet se berce de l'espoir d'une guérison prochaine. Mais l'illusion est de courte durée et une recrudescence aiguë ne tarda pas à montrer que l'affection n'a rien perdu de sa gravité. Désormais la maladie va marcher de rechutes en rechutes et le patient d'espoirs en déceptions. Durant les accalmies passagères, les selles sont de fréquence variable, en général au nombre de huit ou dix par jour, rendues souvent sans douleurs, celles-ci ne reparaissant que dans les recrudescences aiguës ; parfois séreuses, séro-purulentes ou même franchement purulentes, elles conservent presque toujours le caractère franchement dysentérique avec leurs débris membraneux et le sang mêlé aux matières. Le ténesme, ce signe pathognomonique de la dyssenterie, persiste ; dans quelques cas, il disparaît pour ne reparaitre qu'à la période ultime de la maladie. La langue du sujet est caractéristique : rouge, lisse, large ; on l'a comparée souvent à une tranche de viande crue ; les gencives sont saignantes, l'haleine est fétide. Malgré le mauvais état du tube digestif, l'appétit peut être conservé et même exagéré au point de pousser le malade à absorber les aliments les plus funestes à son état. La soif, résultat de déperditions aqueuses abondantes, ne peut être calmée que par l'ingestion d'une quantité de boisson qui n'est pas sans aggraver la marche de l'affection. La fièvre, loin d'être constante, peut même faire à certains moments complètement défaut. A ce cor-

tège de symptômes, s'ajoute un amaigrissement considérable qui fait du sujet un véritable squelette ambulante en même temps qu'il donne l'impression d'une véritable cachexie dysentérique. Couchés sur un côté, car ils ne peuvent se livrer à aucune occupation, les malades se pelotonnent sur eux-mêmes pour se préserver du froid, lequel réveille les douleurs et accroît la dysenterie. La peau, collée sur les os, est sèche, brunâtre, comparée par Desgenettes à la patine du bronze florentin. Souvent le ventre excavé en nacelle permet de palper facilement la colonne vertébrale. Malgré tout, l'intelligence reste intacte, hormis quelques troubles intellectuels passagers. Suivant le mot de Delioux de Savignac : « il n'y a plus de vivant chez lui que le regard ». Cet état peut durer plusieurs mois, quelquefois même une année. Finalement le malade est emporté par un accès de diarrhée cholériforme qui vient donner le coup de grâce à ce condamné.

TROISIÈME TYPE DE DYSENTERIE CHRONIQUE. — Bien différent est le tableau offert par le troisième type : *la dysenterie chronique intermittente*. Ici nous n'avons plus sous les yeux un malheureux que la gravité de son état empêche de se livrer à aucun travail ; nous voyons au contraire un homme, ancien colon rapatrié, mener une vie souvent des plus actives. Il a eu aux colonies une dysenterie aiguë, mais depuis son retour en Europe, celle-ci est guérie ou presque guérie. Cependant le feu couve sous la cendre et le sujet semble en avoir lui-même conscience par les

règles d'hygiène qu'ils s'impose : il évite les aliments indigestes et une boisson trop abondante, il craint le froid et porte une ceinture de flanelle. En effet, le moindre excès alimentaire, le moindre coup de froid, ramène des accès de diarrhée qui durent quelques jours. Les selles sont aqueuses, séreuses, ou même lientériques, composées de matières alimentaires à peine altérées ; en somme, elles tiennent moins de la dysenterie que de la diarrhée. Mais parce que les déjections sanguines manquent le plus souvent, ce n'est pas une raison suffisante pour ne voir là que des phénomènes diarrhéiques. D'ailleurs, fréquemment les selles renferment du sang et revêtent le caractère nettement dysentérique. Au bout de peu de jours, tout est fini jusqu'à ce qu'une nouvelle imprudence ramène une crise semblable à la première et ainsi pendant des années. En un mot, ces malades ne peuvent guérir, quoiqu'ils conservent l'apparence extérieure d'une santé satisfaisante. Ce type est fréquent dans nos observations. Tel est le cas du malade de l'observation IV : le sujet, qui succomba à un abcès du foie, dont l'apparition se fit attendre sept ans, a eu durant tout cet intervalle des périodes de diarrhée fréquentes, dix à douze selles en vingt-quatre heures ; « il ne s'écoulait jamais plus de six mois sans que le malade ne prit quelques petits accès diarrhéiques qui ne l'obligeaient pas du reste à suspendre son travail ».

Le malade de l'observation VI, atteint de bronchite purulente fébrile sans bacilles de Koch, raconte que depuis deux ans sa dysenterie n'avait jamais com-

plètement disparu. A son entrée, les selles sont liquides, glaireuses, et il existe de la douleur sur le trajet du côlon.

Dans l'observation XIV, de Laveran, la dysenterie aiguë datait de sept ans, et il est dit que « depuis cette époque la dysenterie a paru à divers reprises : selles fréquentes, sanguinolentes, épreintes, coliques ».

Le sujet de Murchison (obs. XVIII) a contracté la dysenterie en Chine dix ans auparavant « et depuis lors, il a été affecté de diarrhée dysentérique chronique, de trois à cinq selles par jour, contenant souvent du sang et du mucus, et parfois accompagnées de ténésme. L'appétit s'est maintenu assez bon et son apparence extérieure était assez satisfaisante. Neuf semaines avant ma visite, il commença à perdre l'appétit, à avoir des nausées et de temps en temps des vomissements. Il continua cependant à aller et venir jusqu'à cinq jours avant ma visite ».

D'autres ont des manifestations plus légères, si légères même qu'ils ne leur attribuent aucune importance et qu'il faut un interrogatoire minutieux et répété pour les dépister. Le fait est remarquable pour le malade de M. le D^r Garand ; depuis sept ans « il avait seulement de temps en temps ce qu'il appelle des dérangements de corps qu'il mettait sur le compte de l'alimentation ».

Tous ces sujets ne se croient pas malades, vaquent à leurs occupations journalières, et pourtant, sous ces symptômes intestinaux légers et intermittents, couve une étincelle mal éteinte qui soudain se rallume et alors éclate un abcès tardif du foie qu'on a de la peine à rattacher à son origine.

QUATRIÈME TYPE DE DYSENTERIE CHRONIQUE. —

Enfin, il est d'anciens dysentériques qui conservent des lésions intestinales plus insidieuses, plus silencieuses encore : c'est la *forme fruste de la dysenterie chronique*. Sept, huit, dix ans auparavant, ces malades ont eu une atteinte de dysenterie qui a d'ailleurs parfaitement guéri. Depuis leur santé est presque parfaite et on ne peut raviver dans leur mémoire le souvenir de la moindre scène intestinale durant cette longue période intercalaire. Non seulement on ne note pas de phénomènes diarrhéiques, mais encore il existe de la constipation. Aussi est-on surpris à juste titre, lorsqu'ils succombent, de trouver un intestin ulcéré et même dans de grandes proportions. Il en était ainsi chez ce malade de M. le D^r E. Josserand (obs. III) qui ayant contracté aux colonies une dysenterie bénigne d'une durée de huit jours, n'avait depuis jamais eu de diarrhée. « Quant à la diarrhée, est-il dit, il ne nous la signale pas ; il n'en était assurément pas atteint à son entrée dans le service, le fait est expressément noté et l'interne nous dit qu'il l'a soigneusement interrogé à ce sujet, pensant à la possibilité d'une dothiéntérie ; enfin la sœur rapporte que, sauf depuis quelques jours où il y a quelques selles liquides, il s'est constamment plaint de constipation et qu'il avait fallu plus d'une fois lui donner des lavements laxatifs ». Ainsi donc, le malade interrogé sur son passé, n'a jamais rien pu découvrir qui pût attirer l'attention sur l'intestin.

Dans le cas communiqué au D^r E. Josserand par M. le D^r Bouveret (obs. VII), la dysenterie initiale

avait été contractée cinq ans auparavant au Tonkin. Le séjour au pays natal rétablit promptement le malade ; il se marie, et pendant quatre ans ne présente aucun trouble intestinal.

Cette tolérance de l'intestin pour des lésions parfois considérables est une chose connue. Neil Maclead a observé plusieurs cas de ce genre à Shanghai et l'un d'eux mérite d'être rapporté (1) :

Un homme de 52 ans, robuste et bien conservé, se sentit légèrement indisposé le 22 octobre, et se mit au lit le jour suivant. La matité du foie n'était pas augmentée d'une façon appréciable le 24, elle augmenta légèrement le 26, très distinctement le 28 avec légère jaunisse. Malaise du côté droit et sensibilité au toucher dans l'épigastre ; la matité du foie augmente encore jusqu'à s'étendre depuis le mamelon du sein jusqu'au nombril. La jaunisse augmente de jour en jour et le 5 novembre un verre de pus fut évacué par une incision pratiquée à l'épigastre droit. Le choc opératoire fut hors de proportion avec l'importance ou la durée de l'opération, et la mort survint dans quarante-huit heures. Il n'y avait pas de souvenir de troubles intestinaux avant l'établissement de la maladie décrite, mais pendant la durée de celle-ci, les selles étaient molles, et après un purgatif une petite quantité de mucus rougeâtre, une fois, fut observée.

L'autopsie révéla plusieurs abcès des lobes droit et gauche du foie, tous plus gros qu'une petite orange. Dans le cœcum existaient de vingt à trente ulcères, depuis un quart jusqu'à un pouce entier de diamètre.

Malgré l'absence de troubles intestinaux durant la vie, la nécropsie révélait des ulcérations intestinales très développées.

Encore plus typique à ce point de vue est l'obser-

(1) Neil Maclead, in *British medical Journal*, 1894, p. 678.

vation de Dickinson (1), rapportée par M. le D^r E. Josserand :

Un homme de 37 ans était admis à Saint-George's Hospital, le 19 mars. Il était très émacié, son aspect était pâle et maladif et ses pieds très enflés. Il se plaignait d'une douleur à l'hypochondre droit, et à l'examen de cette région on trouvait une large tumeur s'étendant de la région hépatique jusqu'à l'ombilic. *Il y avait constipation*. Les urines étaient albumineuses.

Il disait qu'il était malade depuis un an, qu'il avait progressivement perdu son embonpoint et ses forces, et qu'il souffrait au niveau du foie. Il n'avait jamais quitté l'Angleterre et n'accusait dans son passé aucun trouble intestinal.

Pendant son séjour à l'hôpital, il fut constipé au point qu'on dut ordonner des laxatifs. Il était couché, le plus souvent calme, sans se plaindre, et ne s'intéressant guère à rien. Il s'alimentait volontiers, mais la prostration s'accroissait, et il mourut sans autre symptôme, sauf une légère attaque de diarrhée le jour précédent.

A la nécropsie, rien de remarquable, sauf dans la cavité abdominale. A l'ouverture des parois, le foie parut énormément hypertrophié, s'étendant jusque dans la région ombilicale. En soulevant le bord inférieur, il s'écoula une grande quantité de pus. La paroi inférieure de l'abcès contenait à peine un peu de substance hépatique. La partie supérieure du gros intestin offrait des ulcérations déchiquetées comme on en voit dans la dysenterie ; cela cessait brusquement au niveau de la valvule iléo-cœcale. Les glandes lymphatiques du voisinage étaient rouges et gonflées. La cavité du péritoine contenait une petite quantité de sérosité louche.

Cette observation, dont certains points rappellent étrangement celle de M. le D^r E. Josserand (obs. III), dont nous parlions plus haut, est de celles qui per-

(1) Dickinson. *Transact. of the path. Society of London*, 1862, vol. XIII, p. 120.

mettent, avec Kelsch et Kiener (1), d'admettre l'existence de dysenteries chroniques frustes : « Quelquefois, disent ces auteurs, la dysenterie ne se manifeste que par des lésions locales, sans retentissement sur le reste de l'organisme. Les symptômes peuvent se réduire à quelques troubles intestinaux, en apparence sans gravité : constipation habituelle interrompue par des diarrhées transitoires, douleur sourde à la région cœcale. La maladie, absolument fruste au point de vue clinique, n'est révélée que lorsqu'une maladie intercurrente ayant amené la mort, l'autopsie permet de constater l'existence d'ulcères torpides, ordinairement peu nombreux, dans quelques points du côlon et particulièrement dans le cœcum. »

Dans ces cas de dysenterie fruste, la diarrhée reparait généralement dans les derniers jours qui précèdent la mort. Aussi, pourrait-on être tenté d'invoquer une poussée aiguë intestinale survenue à la période ultime de la maladie pour expliquer les constatations nécroscopiques. Mais l'anatomie pathologique nous apprend que bien différent est l'aspect des lésions selon leur date d'apparition ; des ulcérations à bords décollés, à fond sanieux, grisâtre, avec épaissement des tuniques intestinales, indiquent un processus ancien ; tandis que des lésions à aspect furonculaire, semblables à des boutons d'acné, résultent vraisemblablement d'une poussée aiguë de dysenterie.

Or, précisément dans nos observations de dysen-

(1) Kelsch et Kiener. *Traité des maladies des pays chauds*, p. 64.

terie fruste, à côté de lésions récentes, nous en trouvons d'autres dont l'ancienneté ne peut faire de doute. L'exemple est frappant pour ce malade de M. le Dr E. Josserand (obs. III) atteint de dysenterie dix ans auparavant, et n'ayant présenté de son vivant aucun trouble intestinal, sauf les jours qui ont précédé la mort. A l'autopsie « le gros intestin paraît enflammé, même à l'examen de sa surface péritonéale, qui est injectée et recouverte de plaques de fibrine. La surface muqueuse est recouverte de nombreuses ulcérations, de dimensions diverses et assez régulièrement réparties depuis le côlon descendant jusqu'au cœcum. Deux de ces ulcérations sont très larges, presque du diamètre d'une pièce de cinq francs; l'une siège sur le côlon ascendant, l'autre sur le côlon descendant : leurs bords sont taillés à l'emporte-pièce, leur fond est grisâtre, sanieux, leurs bords décollés; elles éveillent l'idée de lésions anciennes. Même apparence sur le cœcum, où les ulcérations sont confluentes et qui n'est plus qu'une vaste plaie sanieuse et purulente. Puis, sur tout le gros intestin, on trouve des plaques plus petites au nombre d'une dizaine, de la dimension d'une pièce de un franc, et offrant les mêmes caractères. Enfin, à travers ces ulcérations de grosse et moyenne dimension sont parsemées des lésions de troisième ordre, d'aspect plus récent, et ressemblant à des boutons d'acné ouverts à leur sommet ».

En somme dans cette nécropsie, si les lésions d'aspect furonculeux pouvaient être expliquées par la diarrhée ultime survenue avant la mort, par

contre les lésions anciennes ne répondaient à aucun signe dans le passé du sujet.

Il en est de même de cet autre malade (obs. V) atteint d'une dysenterie chronique fruste, à l'autopsie duquel « l'intestin, depuis le côlon transverse jusqu'à la fin du rectum, est absolument criblé d'ulcérations de la dimension d'une pièce de un à deux francs, confluentes, au point d'occuper autant de place que les espaces intercalaires sains. Ces ulcérations sont profondes, le fond en est sanieux, les bords un peu épaissis ».

Nous avons passé en revue les différentes formes que revêt la dysenterie chronique, depuis celle où elle se confond avec la dysenterie aiguë elle-même ou n'en est qu'une forme prolongée, en passant par la forme intermittente plus commune, pour aboutir enfin à la variété de dysenterie fruste plus rare, mais non moins sérieuse que les autres, car tant qu'une porte intestinale, si étroite soit-elle, reste ouverte à l'infection, tout danger de complications viscérales n'est pas écarté.

CHAPITRE II

Étiologie des abcès dysentériques tardifs.

Leur fréquence. — Durée remarquablement longue de la période intercalaire. — Caractères de la dysenterie aiguë primitive. — Épisodes intestinaux de la période intercalaire. — Épisodes hépatiques. — Des causes occasionnelles : rôle du refroidissement, de la grippe, du surmenage, des excès alcooliques.

FRÉQUENCE. — Si l'on s'en rapporte à la littérature médicale, les cas d'abcès dysentériques tardifs sont fort rares. Les médecins coloniaux, qui ont un vaste champ d'expérience pour l'étude de la dysenterie et de ses complications, rapportent nombre de cas d'abcès précoces, mais ne disent rien sur l'autre variété. La raison en est simple : c'est une maladie des rapatriés, et son étude revient aux médecins qui observent les sujets après leur retour en Europe.

Néanmoins, soit que leur véritable origine soit méconnue, soit plutôt qu'ils passent inaperçus, le nombre de ces abcès est restreint.

M. le D^r E. Josserand, dans son travail, en rapporte sept cas dont quatre personnels : trois d'entre eux ont été observés par lui-même et le quatrième lui a été communiqué par M. le D^r Bouveret; les autres comprennent les faits de Walther, Routier et Berger, rapportés à la Société de chirurgie. Depuis, il a pu en observer trois nouveaux cas dont deux chez des malades de son service à l'hôpital Saint-Pothin. Par nos recherches personnelles, nous avons porté la collection à vingt-deux observations. C'est qu'il se passe là ce qui arrive pour tous les faits cliniques : il faut que l'attention soit portée sur eux pour qu'on y songe. Avant d'être connus, ils échappent et passent inaperçus; mais qu'un observateur fasse des recherches sur le cas particulier et mette au jour un fait jusque là ignoré, alors surgissent bientôt, de toutes parts, des faits nouveaux identiques à celui signalé : l'affection qui était une rareté, devient chose commune. N'est-ce pas ainsi qu'il en a été pour l'appendicite ou l'actinomycose? Ce sont des « maladies à la mode » disait-on; créées peut-être, ajoutaient les sceptiques, pour les besoins d'une science trop avide de richesses. La réponse à faire est que si autrefois on n'en parlait pas, c'est qu'on ne les connaissait pas. Car une maladie n'est bien connue que lorsqu'elle a été dépistée, recherchée et étudiée, et que par là le clinicien a été mis sur la véritable voie. Rien ne prouve mieux cette vérité que l'observation du

D^r Garand (obs. VIII) qui, à la lecture du travail de son confrère lyonnais, fit à distance le diagnostic rétrospectif d'abcès dysentérique tardif du foie chez un malade soi-disant tuberculeux, qui avait été envoyé dans le Midi et qui accusait par correspondance des symptômes inaccoutumés; rappelé de suite à Saint-Étienne, il fut opéré et guéri. Il est probable que des faits pareils se reproduiront à mesure que l'attention sera portée davantage sur cette variété d'abcès. Pourrait-il en être autrement par notre temps de guerres et d'expéditions coloniales où l'on est exposé à rencontrer à tout instant des individus ayant séjourné autrefois aux colonies, où ils ont contracté une dysenterie dont souvent le souvenir a disparu ?

DURÉE DE LA PÉRIODE INTERCALAIRE. — En effet, le laps de temps écoulé entre la dysenterie initiale et la complication viscérale, c'est-à-dire la période intercalaire, est parfois très long. A ce point de vue nos observations sont intéressantes à consulter.

Dans l'observation V, trois ans se sont écoulés entre la première atteinte de dysenterie et l'apparition de l'abcès pulmonaire; il en est de même de l'observation XIX de Murchison relative à un abcès du foie. Nous sautons à sept ans pour l'observation I de M. le D^r E. Josserand et pour son nouveau cas personnel (obs. IV) observé au mois de juin dernier dans son service. Même période intercalaire pour le cas de Routier (obs. X), celui de Berger (obs. XI) et cet autre de Laveran (obs. XIV).

La dysenterie initiale peut remonter bien au-delà.

L'observation III si pleine d'intérêt du D^r E. Josserand, relative à une dysenterie fruste avec constipation, nous apprend qu'une dysenterie avait été contractée dix ans auparavant; nous trouvons à peu près la même date, neuf ans, dans le cas de Rendu (obs. XII) analogue au cas de Berger.

Onze années se sont écoulées depuis la dysenterie initiale dans le cas de Richelot (obs. XII), rapporté à la Société de chirurgie.

Mais la période intercalaire la plus longue portée à notre connaissance est celle du malade de Peyrot (obs. XVI) chez lequel l'abcès du foie survint quinze ans après la dysenterie.

La période intercalaire peut donc atteindre une durée remarquable, qui laisse comprendre combien l'interrogatoire de tels malades doit être minutieux, en présence d'antécédents aussi lointains. Aussi le D^r E. Josserand a-t-il raison de dire que « la dysenterie, chez un sujet soupçonné d'abcès du foie, doit être recherchée avec le même soin, et presque aussi loin dans le passé que le chancre induré dans un cas de syphilis cérébrale ».

CARACTÈRE DE L'ATTAQUE INITIALE DE DYSENTERIE.
— De tels commémoratifs peuvent d'autant mieux être ignorés que la dysenterie initiale peut avoir été légère. Cette condition se trouve réalisée d'une façon frappante chez le malade de l'observation III qui, dix ans auparavant, avait été atteint d'une « dysenterie bénigne, qui ne dura que huit jours »- C'est là une exception. Déjà le D^r E. Josserand, dans son travail,

avait été amené à conclure du dépouillement de ses observations que le plus souvent la dysenterie initiale avait été *sévère et prolongée*.

C'est ainsi que le malade de M. Bouveret (obs. VII) durant la campagne du Tonkin, entra à l'hôpital de Lang-Son pour « une dysenterie qui fut sévère et dura deux mois ». Dans le cas de Berger (obs. XI) la dysenterie ne dura pas moins de trois ans, malgré le retour en France, de janvier 1891 à mars 1894.

Le malade du D^r E. Josserand (obs. IV) dont l'abcès du foie passa inaperçu, avait eu sept ans auparavant « pendant deux mois, plus de vingt selles par jour, dysentériques, avec râclures de chair, matières graisseuses et sanglantes, ténésme et douleurs vives ». Nous trouvons dans l'observation V relative à un abcès pulmonaire dysentérique, que la dysenterie initiale avait été sévère et d'une durée de un an, de mai 1895 à mai 1896.

Le malade de Richelot (obs. XIII) avait fait la campagne du Tonkin « non sans y subir l'épreuve d'une dysenterie grave ». Nous lisons dans l'observation XVI « que le malade avait été atteint en Nouvelle-Calédonie d'une dysenterie grave qui dura trois mois ». Le D^r Garand rapporte (obs. VIII) que son malade contracta dans le Honduras une dysenterie qui dura quatre ans, de 1888 à 1892. Enfin, le malade que nous avons interrogé avec soin dans le service de M. Vallas nous a raconté qu'il avait contracté pendant les derniers mois de son séjour aux colonies une forte dysenterie, qui l'obligea à entrer pendant deux mois à l'hôpital militaire ; il avait, nous

a-t-il dit, jusqu'à quarante selles par jour, graisseuses, mêlées de sang et accompagnées de ténesme. Tous ces faits nous permettent donc de conclure que presque toujours l'attaque initiale de dysenterie a été sévère et prolongée.

Cette constatation était importante à faire, et nous devons nous demander maintenant comment va se comporter dans la suite, c'est-à-dire pendant la période intercalaire, cette dysenterie dont le début a été si menaçant. Les symptômes intestinaux vont-ils conserver leur gravité ou bien s'atténuer, ou même disparaître? Durant ce laps de temps parfois si considérable cèderont-ils le pas aux troubles hépatiques? Car il n'est pas indifférent de se demander si les épisodes intestinaux l'emportent de fréquence et de gravité sur les épisodes hépatiques et réciproquement. Les deux variétés d'accidents, selon leur prédominance, fournissent en effet une explication à l'apparition de complications viscérales tardives; ils permettent de résoudre les deux hypothèses qui se présentent naturellement à l'esprit : est-ce l'intestin qui est resté malade et qui aensemencé le foie; ou bien le foie est-il resté malade, et l'abcès tardif n'est-il que le résultat d'une série de poussées d'hépatite? Nous devons donc étudier la période intercalaire au point de vue intestinal d'une part, hépatique de l'autre.

ÉPISODES INTESTINAUX DE LA PÉRIODE INTERCALAIRE.

— Au point de vue intestinal, la période intercalaire se caractérise par la fréquence des troubles qui constituent de véritables rechutes momentanées.

« Non seulement, dit M. le D^r E. Josserand, on constate, en étudiant l'étiologie des abcès tardifs du foie, que l'entérite coloniale a eu une forme sévère et prolongée, mais il est souvent possible de trouver, dans la période intercalaire, dite de guérison, quelques traces de troubles intestinaux. Ainsi, dans le cas de Walther, où la dysenterie initiale remontait à cinq ans, il est dit que depuis cette époque jusqu'à l'apparition de l'hépatite, le malade ne s'était jamais bien porté, quoique étant rentré rapidement en France.

Dans l'observation de Bouveret, le sujet guérit de son entérite en 1890; il prend son abcès du foie en 1893. En 1891 il va bien, il se marie; mais pendant l'année 1892 il note « quelques malaises périodiques survenant tous les deux ou trois mois ». Enfin, dans la relation de Berger, la dysenterie se prolonge trois ans après le retour en France; encore ressort-il nettement de la lecture de l'observation que la guérison ne fut pas définitive : « Au bout de trois ans, lisons-nous, les selles diarrhéiques mélangées de glaires et de filets de sang disparurent, les périodes de constipation alternant avec les périodes de débâcles firent place à des garde-robes plus régulières; cependant le malade restait habituellement constipé, et le moindre refroidissement était suivi de deux ou trois jours de diarrhée ».

Le malade du D^r E. Josserand (obs. IV) dont la période intercalaire fut de sept ans, vit la diarrhée persister, même après son retour en France; en 1893 elle l'oblige à entrer à l'hôpital de la Croix-Rousse,

dans le service de M. le D^r Chappet; de 1893 à 1899 l'état est satisfaisant, « néanmoins, il ne s'écoulait jamais plus de six mois sans que le malade ne prît quelques petits accès diarrhéiques qui ne l'obligeaient pas, du reste, à suspendre son travail ».

Pendant les périodes diarrhéiques, les matières renfermaient quelques glaires et un peu de sang, et les selles étaient au nombre de dix à douze en vingt-quatre heures.

Deux ou trois mois avant son entrée salle Saint-Just, la diarrhée était devenue plus intense et nettement dysentérique : le malade succombait au bout de dix-sept jours d'hôpital. Notons en passant que cette aggravation ultime de la diarrhée est la règle : la suppuration viscérale est ordinairement précédée d'une exacerbation des symptômes intestinaux.

Le sujet qui succomba à un abcès pulmonaire (obs. V) à la fin de 1898, avait contracté la dysenterie en Algérie en 1895. Libéré au mois de mai 1897, il rentra en France et se croyait complètement guéri : il n'éprouvait plus aucun malaise. « Ce n'est qu'au bout du mois de novembre de la même année qu'il fut pris d'une diarrhée non dysentérique qui dura un mois et guérit. » Celle-ci revint avec des allures nettement dysentériques quelques semaines avant la mort.

La dysenterie disparut pendant quatorze mois chez ce malade du D^r E. Josserand (obs. VI); il avait été réformé en 1895 en Algérie, où la dysenterie l'avait frappé durant six mois. Celle-ci reparut en 1897, et voilà deux ans qu'elle dure; grâce à un vigoureux

traitement, on parvient à réduire les selles à trois par jour, et le malade quitte ainsi le service, non guéri, le 25 août 1899.

Très instructive est également, au point de vue des troubles intestinaux intercalaires, l'observation XI du malade de Berger. Envoyé comme militaire au Tonkin, il y contracte la dysenterie pendant les six premiers mois de son séjour. Elle dura trois ans après le retour en France, puis guérit; mais le malade reste constipé avec quelques périodes diarrhéiques de deux à trois jours.

Dans l'observation XIV nous lisons que « le malade fut atteint en 1885 de dysenterie aiguë et que, depuis cette époque, la dysenterie a paru à différentes reprises : selles fréquentes, sanguinolentes, coliques, épreintes ».

Enfin le malade de Murchison (obs. XVIII), dont la dysenterie initiale remontait à dix ans, avait depuis lors « été affecté de diarrhée dysentérique chronique, de trois à cinq selles par jour, contenant souvent du sang et du mucus et parfois accompagnées de ténésme, avec assez bonne santé générale pourtant ».

Mais la période intercalaire n'est pas toujours aussi fertile en accidents intestinaux. Quelquefois même on ne trouve rien ou presque rien. Typique à ce point de vue est l'observation III du D^r E. Josserand. Le malade avait eu dix ans auparavant, aux colonies, une dysenterie bénigne qui n'avait duré que huit jours. Or, depuis, jamais il n'y eut de diarrhée, et l'interrogatoire plusieurs fois réitéré à ce sujet ne parvient pas à arracher un aveu de ce genre. « Quant à la diar-

rhée, est-il dit, il ne nous la signale pas ; il n'en était assurément pas atteint à son entrée dans le service, le fait est expressément noté, et l'interne nous dit qu'il l'a soigneusement interrogé à ce sujet, pensant à la possibilité d'une dothiéntérie ; enfin la sœur nous rapporte que, sauf depuis quelques jours où il y a quelques selles liquides, il s'est constamment plaint de constipation et qu'il avait fallu plus d'une fois lui donner des lavements laxatifs. »

Voilà donc un malade qui, pendant une période intercalaire de dix ans, ne présente aucun trouble intestinal et, cependant, l'autopsie révèle des lésions intestinales dysentériques caractéristiques. A côté des lésions d'aspect furonculeux, indiquant une poussée aiguë, le gros intestin présentait, en effet, de gros ulcères moins confluent dont les dimensions, le fond sanieux, grisâtre, les bords décollés indiquaient un processus ancien. L'observation VII, de M. Bouveret, est à rapprocher de la précédente, car pendant trois ans le malade jouit d'une bonne santé, se marie, et mène une vie très active. La diarrhée n'est pas signalée dans le cas de Rendu (obs. XII) où la période intercalaire fut de neuf ans. Dans le cas de Murchison (obs. XIX), la diarrhée ne fut évidente que dans les derniers temps de la vie, ce qui, comme nous l'avons déjà dit, est la règle ; et cependant là, comme dans l'observation remarquable citée plus haut de M. Joserand, l'autopsie révéla, avec des abcès multiples du foie, des ulcérations intestinales anciennes. Le malade du D^r Garand avait contracté dans le Honduras, en 1888, une dysenterie qui ne cessa qu'en 1892 ; depuis

1892, aucun trouble intestinal sérieux n'est survenu; seulement, de temps en temps, survenaient des « dérangements de corps » mis d'ailleurs sur le compte de l'alimentation.

En somme, l'étude de nos observations nous montre que les accidents intestinaux de la période intercalaire se rapportent à trois types assez distincts : le premier est caractérisé par une diarrhée intercalaire dysentérique ou non ; le second par de simples alternatives de diarrhée et de constipation ; le troisième, enfin, par l'absence de troubles intestinaux, caractéristique de la dysenterie chronique fruste.

Nous pouvons donc conclure avec le Dr E. Joserand « que les dysenteries suivies d'abcès tardifs du foie ont généralement une période aiguë prolongée, et très probablement une survie fruste plus longue qu'on ne croit ; survie ordinairement caractérisée par quelques alternatives de diarrhée et de constipation, quelquefois absolument latente. Si bien que ces soi-disant abcès tardifs ne sont pas, relativement aux lésions intestinales, aussi tardifs qu'ils paraissent l'être ».

ÉPISODES HÉPATIQUES DE LA PÉRIODE INTERCALAIRE.

— Autrement rares sont les incidents hépatiques de la période intercalaire. Les altérations du tissu hépatique ne trahissent par leur présence comme les lésions intestinales ; elles restent le plus souvent silencieuses, et lorsque le début de la dysenterie s'est accompagné de poussée congestive du côté du foie,

bientôt, cependant, tout rentre dans l'ordre de ce côté jusqu'au jour où la collection purulente sera dépiquée. C'est ainsi que le malade de Berger (obs. XI) « depuis la congestion hépatique passagère qu'il avait présentée au Tonkin, n'avait jamais ressenti de douleurs dans la région du foie ».

Cependant des troubles hépatiques n'en sont pas moins signalés dans quelques observations.

Le malade du Dr E. Josserand (obs. III) malgré des ulcérations intestinales nombreuses à l'autopsie n'avait pas de diarrhée; mais par contre il accusait depuis des années, au moindre surmenage, des douleurs dans le côté droit.

« Le 2 juillet, lisons-nous, je reprends possession de mon service. Le malade m'arrête au passage pour se plaindre d'une douleur au niveau et au-dessous des fausses côtes droites, douleur si vive qu'elle le fait gémir et le prive absolument de sommeil ». Le malade de l'observation I avait eu également à plusieurs reprises une douleur au niveau de l'hypochondre droit et un ensemble de symptômes caractéristiques de poussée d'hépatite. Dans le cas de M. Garand, le foie fut constaté pour la première fois un peu douloureux en novembre 1898, à l'occasion d'un malaise général, pris alors pour un embarras gastrique fébrile. Constatons aussi que le malade de Rendu (obs. XII) fut obligé de faire un séjour de quatre mois à l'hôpital Saint-Antoine, pour des signes non douteux de congestion du foie. Le malade que nous avons interrogé dans le service de M. Vallas accusait un point hépatique survenant depuis cinq ans,

à l'occasion du surmenage, tel qu'une marche forcée ou le transport d'un pesant fardeau.

Donc, malgré la rareté plus grande des incidents hépatiques comparés aux incidents intestinaux, leur existence n'en est pas moins certaine ; leur importance est évidente ; il faut donc les rechercher par un interrogatoire habile, lorsque le malade ne les accuse pas lui-même, car leur connaissance peut contribuer pour une large part à mettre le clinicien sur la véritable voie.

CAUSES OCCASIONNELLES. — Tous ces incidents de la période intercalaire indiquent une évolution sourde du mal : les germes sommeillent et n'attendent qu'une occasion pour recouvrer leur virulence. L'infection jusque là latente se réveille et hâte l'éclosion des complications viscérales. Les causes déterminantes jouent là le rôle qu'elles ont dans les autres affections. Leur action porte sur le point faible de l'économie, le *locus minoris resistantiæ*. Or chez un ancien dysentérique, le foie est en état de moindre résistance et tout prédisposé à éprouver le contre-coup des épreuves subies par l'organisme. Voilà pourquoi, en consultant l'étiologie des abcès dysentériques tardifs, nous trouvons assez souvent invoquée quelque cause occasionnelle.

La grippe, en particulier, paraît avoir une influence spéciale sur le développement des collections purulentes du foie. Nous la trouvons en effet plusieurs fois signalée. Le malade de Berger (obs. XI) à l'occasion d'une grippe qui dura six semaines *sentit son*

foie ; l'organe em même temps augmenta de volume jusqu'à former une tuméfaction manifeste dans l'hypochondre droit, ce qui, vu les antécédents pathologiques, permettait d'admettre l'existence d'un abcès du foie.

Nous trouvons aussi la grippe à forme gastro-intestinale dans l'observation VIII si pleine d'intérêt de M. Garand. Le malade, dont la santé était à peu près satisfaisante depuis huit ans, vit son état s'aggraver avec l'apparition de vomissements bilieux, d'albumine dans les urines, en même temps que le foie augmentait de volume et devenait un peu douloureux. Depuis lors l'état reste grave jusqu'au jour où l'ouverture de la collection permit le retour à une santé parfaite.

C'est encore la grippe qui détermine l'éclosion de l'abcès hépatique du malade de M. Bouveret (obs. VII). Le sujet menait une vie très active, lorsqu'il prit une grippe qui l'obligea à rester quelques jours au lit. Il ne s'en remit jamais complètement jusqu'au jour où le diagnostic confirmé d'abcès du foie amena l'intervention chirurgicale.

Le *froid* peut aussi déterminer l'apparition des accidents. Le malade de M. Bouveret dont nous parlons ci-dessus accusait outre la grippe « une période de surmenage caractérisée par un travail *pénible* dans un milieu *froid et humide* ». Dans le cas de Rendu (obs. XII) la santé était redevenue bonne pendant six ans et nous lisons que « le début de l'affection actuelle remonte à la fin du mois d'août 1895. A cette date, le malade va prendre un *bain froid*. Les jours suivants, il présente les signes d'embarras

gastrique avec diarrhée par intervalles. Les symptômes s'aggravent pendant l'automne ». Il entre à l'hôpital au bout de quelques semaines en présentant une vive douleur hépatique; opéré, il s'est bientôt complètement guéri.

Enfin, *l'alcoolisme* doit évidemment être incriminé comme cause prédisposante à l'abcès du foie. Depuis les expériences de Sabourin, Straus et Blocq, Laffite et tant d'autres, l'action funeste de l'alcool sur la cellule hépatique est bien établie; l'atrophie ou la dégénérescence des cellules que ce poison détermine, enlève à l'organe sa vitalité et en fait un terrain bien propice au développement des germes venus de l'intestin. Aussi est-ce là un facteur dont il faut tenir compte dans l'étiologie des abcès tardifs du foie, quelle que soit la forme qu'il revête, abus soit de vin ou de liqueurs ou même de bière comme dans le cas de l'observation VII. D'ailleurs, l'alcoolisme est fréquent chez les malades observés et sans aller jusqu'aux excès du malade de Rendu (obs. XII) pendant deux ans de 1887 à 1889, on peut dire que rares sont les sujets qui n'ont pas traces d'alcoolisme dans leur histoire.

CHAPITRE III

Symptomatologie.

Caractères insidieux des abcès tardifs. — Modes de début. — Symptômes généraux. — Symptômes hépatiques. — Symptômes intestinaux. — Symptômes pleuro-pulmonaires. — Fièvre. — Divers types cliniques : type à symptômes hépatiques sans dysenterie ; type dysentérique sans symptômes hépatiques ; type à symptômes pleuro-pulmonaires prédominants avec symptômes hépatiques et intestinaux nuls ou effacés ; type fébrile ; type cachectique apyrétique. — Marche. — Durée. — Terminaison.

Notre intention n'est pas ici d'énumérer les symptômes de l'abcès hépatique en général, que l'on trouve étudiés dans tous les auteurs classiques traitant de la dysenterie. Nous voulons seulement mettre en relief les caractères spéciaux qui donnent aux abcès

tardifs leur physionomie distincte et les séparent nettement des abcès vulgaires précoces. Car autant ceux-ci sont facilement reconnus, autant les premiers sont souvent méconnus, grâce à leurs caractères insidieux et à leur marche torpide : l'atténuation de leurs symptômes jointe à l'ancienneté des antécédents suffisent à les faire méconnaître.

MODES DE DÉBUT. — SYMPTÔMES GÉNÉRAUX. — Le mode de début est presque toujours insidieux, se faisant sans bruit, sans accidents graves pouvant donner l'éveil. On a devant soi des malades amaigris, cachectiques, offrant tous les signes d'un état général fort précaire. Ils nous racontent que depuis plusieurs semaines ou même quelques mois ils ont perdu l'appétit, que leurs forces s'en vont peu à peu et que le dépérissement s'accroît de jour en jour. Cependant ils ne souffrent pas le plus souvent et ne savent ce qu'ils ont ; la fièvre, souvent absente, se traduit d'autres fois le soir par un léger mouvement fébrile. En présence d'un tel tableau, on conçoit que le médecin consulté songe à la tuberculose latente. On prescrit, sans succès, le séjour au bord de la mer ou dans la montagne ; l'état reste toujours le même, car ce n'est pas le poumon qui est en cause, mais le foie. Mais un tel début est bien fait pour dérouter, lorsque rien ne vient donner la clef du mystère.

Ajoutons que pour compliquer la solution du problème, il arrive parfois de trouver des antécédents bacillaires. Il en était ainsi dans l'observation III, si détaillée, de M. Josserand. Le père était mort de tuber-

culose et plusieurs frères et sœurs avaient succombé à la même affection. Depuis quelques mois, le malade maigrissait et s'affaiblissait et son état s'était aggravé deux mois avant son entrée dans le service, époque à laquelle survint un point très douloureux au niveau du foie ; jamais il n'avait présenté de troubles intestinaux. C'est donc là un bel exemple de cette installation silencieuse de l'abcès tardif. Il n'est, du reste, pas isolé. Dans l'observation IV le mauvais état général remontait à trois mois, l'amaigrissement avait fait de rapides progrès et le malade prétendait avoir maigri de six à huit kilogr. en deux mois. Insidieux aussi fut le début chez le malade de M. Garand ; lui aussi avait des antécédents propres à dérouter le clinicien : deux frères et une sœur n'avaient-ils pas succombé, jeunes encore, à la tuberculose ? Considéré comme tuberculeux, il fut envoyé sur le littoral méditerranéen jusqu'à ce que l'apparition de phénomènes nouveaux et plus précis aient permis de faire le véritable diagnostic.

Dans l'observation XIII de Richelot, nous lisons que « depuis deux ans la santé est moins bonne, il y a des moments de souffrance vague, malaises inexpliqués ». Comme le fait remarquer cet auteur, cet abcès peut passer à bon droit pour s'être fait attendre. Au contraire, chez le sujet de Peyrot (obs. XVI), l'abcès n'avait manifesté sa présence que depuis six mois par des douleurs dans le flanc droit. Le même laps de temps, six à sept mois, depuis le début du mauvais état général, se rencontre dans le cas de Lafourcade (obs. XX).

Dans tous ces faits, nous voyons que le début est lent et qu'une période de temps parfois considérable s'écoule entre le moment où la santé disparaît et celui où l'abcès est découvert. Quelquefois pourtant le début est plus aigu, plus subit, et cela arrive surtout lorsque quelque cause occasionnelle hâte l'éclosion de l'abcès. Le malade de Berger (obs. XI) n'avait jamais ressenti de douleur au niveau du foie depuis son retour du Tonkin ; or, brusquement, sous l'influence d'une grippe, la douleur hépatique se réveille, le foie se tuméfie et l'état général jusque-là satisfaisant devient mauvais. Ce changement brusque, consécutif à la grippe, se voit aussi dans l'observation VII de M. Bouveret : le sujet, qui jouissait avant d'une parfaite santé, présente de la fièvre, des douleurs et un amaigrissement notable. C'est à l'occasion d'un bain froid que le malade de Rendu (XII) vit sa santé, bonne depuis six ans, s'altérer subitement avec des troubles intestinaux et hépatiques.

Quoiqu'il en soit, que le début ait été torpide avec des manifestations locales à peine sensibles ou bien, au contraire, qu'il ait été plus subit avec des symptômes plus précis, ce qui domine, c'est la prédominance des symptômes généraux sur les signes locaux : ce sont eux qui animent la scène, qui attirent l'attention du malade et l'amènent devant le médecin. De l'amaigrissement avec anorexie, de la diarrhée, parfois une toux légère accompagnée le soir d'un peu de fièvre, tels sont les signes constatés tout d'abord. La température varie d'ailleurs beaucoup suivant les cas ; nous reviendrons plus tard sur ce point impor-

tant. Disons toutefois qu'on peut distinguer deux types : un type fébrile et un type apyrétique. Dans le premier, le patient a des accès de fièvre, il maigrit, tousse et rappelle absolument un individu qui se tuberculise ou qui fait du pus. Dans le type apyrétique, au contraire, le dépérissement extrême, l'anorexie absolue et l'œdème des membres forment le tableau complet d'une cachexie : le malade rappelle alors un cirrhotique ou un cancéreux.

SYMPTÔMES HÉPATIQUES. — Comme symptômes locaux, les signes du côté du foie existent le plus souvent, mais ils demandent en général à être recherchés ; si on n'y songe pas, il est rare que le malade attire votre attention de ce côté. Quelquefois pourtant la *douleur* existe spontanément et le sujet se plaint de souffrir à l'hypochondre droit. Tel le cas de M. E. Josserand (obs... III) ; reprenant son service, il est arrêté au passage par un soi-disant tuberculeux qui accuse une très vive douleur au niveau et au-dessous des fausses côtes droites, « douleur si vive qu'elle le fait gémir et le prive absolument de sommeil ». En présence d'une telle localisation, l'interrogatoire est complété et le diagnostic bientôt rectifié.

Dans le premier fait observé par M. Josserand (obs. I) le foie était douloureux à la pression, et le malade racontait « qu'il lui était arrivé trois ou quatre fois de s'aliter une vingtaine de jours en présentant de la fièvre, une douleur au niveau de l'hypochondre droit et une série de symptômes qui

avaient toujours fait penser à une hépatite ». Le malade de Berger (obs. XI) *sentit son foie* à l'occasion d'une grippe, et « cette douleur était exagérée par la pression et les efforts ».

Lors de l'entrée à l'hôpital, il est dit dans l'observation XIII de Rendu, que « la douleur hépatique est le symptôme prédominant ». La fièvre éclata avec une douleur violente chez cet homme dont parle Richelot (obs. XIII) et qui avait contracté la dysenterie onze ans auparavant.

Le malade de Laveran (obs. XIV) qui fut opéré le 18 août 1892 avait, dès la fin de janvier de la même année « ressenti une douleur assez vive dans la région du foie et qui était allée toujours en augmentant depuis lors ».

C'est encore une douleur au foie qui amène au Val-de-Grâce cet autre malade de Laveran (obs. XV).

Après une période intercalaire de quinze ans, le sujet de Peyrot (obs. XVI) commence à souffrir dans le flanc droit, et bientôt le décubitus de ce côté devient impossible. Cinq jours avant sa visite, le malade de Murchison (obs. XVIII) avait été pris d'une douleur intense et paroxystique dans la région hépatique. Quoique moins forte, celle-ci n'en existait pas moins chez un second malade observé par le même auteur (obs. XIX).

Disons enfin pour terminer ce rapide aperçu de nos observations, que le malade que nous avons nous-mêmes interrogé (obs. XXII) n'accusait comme douleurs qu'un léger point survenant à l'occasion d'un surmenage.

En résumé, dans douze sur vingt observations d'abcès du foie nous avons constaté la douleur comme symptôme local, ce qui fait une proportion de 60 % où ce signe existe.

En l'absence de douleur, un signe plus fréquent est l'*hypertrophie du foie*, laquelle peut être considérable. L'observation III du D^r Josserand en offre un exemple frappant : l'examen de l'hypochondre droit révéla en effet que cette région était soulevée et le siège d'une légère voussure, d'une matité absolue s'étendant des fausses côtes à l'ombilic. La cyrtométrie pratiquée au niveau des fausses côtes donna deux centimètres et demi en faveur du côté droit. Le foie était évidemment en cause.

Richelot (obs. XIII) trouve « une bosse fluctuante sous les fausses côtes ». L'abcès du malade de Peyrot (obs. XVI) survenu quinze ans après la dysenterie, avait déterminé une augmentation de volume du foie énorme. « L'organe descend en avant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; cette partie saillante est fluctuante ».

Berger signale aussi dans son observation XI une tuméfaction manifeste du foie, dont « le bord inférieur ne déborde les fausses côtes qu'au niveau de la région épigastrique qu'il recouvre sur une hauteur de trois travers de doigt ».

Dans le premier fait observé par M. E. Josserand « le foie était gros, débordant les fausses côtes ».

Le foie était également augmenté de volume dans l'observation XV de Laveran.

La tumeur, dans un cas de Murchison (obs. XIX)

« commença à paraître dans la région lombaire droite ».

Lafourcade (obs. XX), appelé auprès de son malade, « trouva une voussure à la base du thorax, et un bord antérieur du foie dépassant de deux à trois centimètres les fausses côtes ».

Enfin, le malade de l'observation XXII s'aperçut lui-même de la déformation de son flanc droit, et l'accroissement de cette voussure le fit consulter un médecin, lequel reconnut sans peine un abcès du foie.

Si la douleur ou l'hypertrophie du foie attirent l'attention, il peut arriver par contre que le clinicien, même prévenu, ne trouve rien à l'investigation hépatique. Ce fait est remarquable dans ce cas observé par le D^r E. Josserand (obs. IV) : le malade, dont la dysenterie initiale remontait à sept ans, arrivait dans le service dans un état cachectique avancé; depuis deux ou trois mois il avait de la diarrhée, de l'œdème, de l'ascite, avec température nulle ou oscillant autour de 38°. En présence des antécédents et de selles nettement dysentériques on songe à la possibilité d'un abcès du foie; mais « la matité hépatique est normale et c'est à peine si on réveille une légère douleur par la pression au niveau des dernières côtes ». Et cependant malgré les signes négatifs du côté du foie, l'autopsie révèle un abcès du volume d'une orange.

SYMPTÔMES INTESTINAUX. — Quant aux symptômes intestinaux, ils manquent rarement. On a vu, dans

l'étiologie, qu'ils peuvent manquer à la période intercalaire : même dans ce cas, il est rare qu'ils fassent défaut à la période d'état. Le malade de M. Josserand (obs. III) n'avait jamais eu de diarrhée durant une période intercalaire de dix ans ; il n'en était pas atteint à son service et se plaignait même de constipation ; néanmoins, les jours qui ont précédé la mort, survint une « diarrhée fétide, abondante, se renouvelant toutes les deux ou trois heures ». Il semble donc que, même lorsque la période intercalaire est muette, les troubles intestinaux apparaissent à la dernière période. La diarrhée peut être simple, séreuse, les selles étant au nombre de cinq à six par jour ; d'autres fois elle revêt une allure nettement dysentérique, les selles renfermant des fausses membranes, du sang pur ou intimement uni aux matières, et accompagnées d'un ténésme qui depuis longtemps avait disparu. Dans un cas (obs. IV) les déjections revêtirent l'aspect de l'eau rougie.

Pour expliquer cette recrudescence des symptômes intestinaux à la période d'état, il semble qu'il y ait eu en même temps que l'hépatite une nouvelle poussée intestinale. C'est d'ailleurs ce que prouve l'autopsie : à côté des ulcères à fond sanieux, grisâtre, et à bords décollés, se trouvent des lésions d'aspect furonculaire, caractéristiques d'un processus récent. Ainsi, jusqu'à la fin s'affirme la sympathie pathologique de l'intestin et du foie, sympathie qui rend si difficile à trancher la question de priorité pathogénique, à toutes les périodes, entre la dysenterie et l'abcès du foie.

SYMPTÔMES PLEURO-PULMONAIRES. — Les symptômes

que les abcès tardifs déterminent du côté de la plèvre ou du poumon constituent une partie des plus intéressante de la symptomatologie.

Nous ne donnerons toutefois ici qu'un court aperçu de la question sur laquelle nous reviendrons forcément à propos du diagnostic. En ce qui concerne le foie, ces symptômes sont la conséquence directe de la marche de ces abcès dans cet organe. L'inflammation tend en effet à se propager du côté de la face convexe de l'organe atteint ; elle gagne le diaphragme, puis la plèvre où elle se cantonne très souvent. Il en résulte alors à la base droite du thorax des signes non équivoques de pleurésie sèche : submatité, frottements, râles ; parfois même existent une légère égophonie et un peu de pectoriloquie aphone. On se hâte de mettre tout cela sur le compte d'une tuberculose latente et on conseille au sujet un climat plus clément ; ainsi en a-t-il été pour le malade de M. Bouveret (obs. VII) dont on attribua des douleurs thoraciques à de la pleurésie sèche justiciable d'un changement de climat.

Dans le cas de Rendu (obs. XII), en bas et à droite, on trouve la respiration faible, presque nulle, sans souffle, ni égophonie, ni pectoriloquie aphone et « la matité qui existe à ce niveau pourrait faire croire à une pleurésie ». Nous lisons dans l'observation IV de l'abcès du foie inaperçu, que « l'auscultation laisse entendre quelques sibilances sans caractères dans toute la hauteur du poumon droit ; la base du même côté sonne moins bien que celle du côté opposé ».

Chez cet autre malade de M. Josserand (obs. III),

on trouve aussi des sibilances dans le poumon droit et de la submatité à la base du même côté, sans que l'auscultation y révèle des râles ou des frottements pleuraux. Il est dit dans l'observation XVI de Peyrot, que le malade toussait et présentait dans toute la poitrine de nombreux râles sibilants. Dans tous ces cas existe une petite toux sèche, phénomène reflexe dû à l'irritation du feuillet pleural, et qui peut s'accompagner d'une expectoration séreuse, comme pituiteuse. Plus tard cette expectoration devient abondante et franchement purulente : l'abcès s'est ouvert dans les bronches (obs. I, III) et a donné lieu à une vomique, dont l'origine hépatique se reconnaît à la couleur chocolat du pus. La submatité et les râles de la base sont remplacés à ce moment par des râles caverneux et un souffle amphorique, signes sthétoscopiques qui disparaissent progressivement, si la guérison survient. Lorsque l'abcès du foie s'est non plus ouvert dans les bronches, mais coexiste avec un abcès du poumon (cas de Murchison, obs. XXI), on comprend que les symptômes pulmonaires prennent dans la maladie une importance prépondérante : la dyspnée est extrême, la toux fréquente, l'expectoration purulente. On a devant soi le tableau d'un tuberculeux parvenu à la période des cavernes. Dans ce cas de Murchison, il existait du côté du foie des signes, tels que la douleur hépatique et l'hypertrophie, qui pouvaient mettre sur la voie et faire songer à la propagation par contiguïté de l'infection. Mais l'abcès du poumon peut exister sans abcès du foie (cas du Dr E. Josserand, obs. V) : ici les symptômes pulmonaires existent seuls, sans manifestation locale dans l'hypochondre droit.

Quelle que soit la gravité des symptômes pulmonaires, qu'ils se réduisent à des signes vagues de pleurésie sèche ou de bronchite bénigne, ou au contraire qu'ils se traduisent par des signes de tuberculose avancée, presque toujours les abcès tardifs sont pris pour de la tuberculose, que le foie soit ou non en cause. Le chapitre du diagnostic achèvera de mettre ce point en lumière.

FIÈVRE. — La fièvre elle-même contribue à faire regarder les sujets comme des bacillaires. En effet, par ses oscillations régulières variant entre 37°5 et 38°5, elle offre une grande ressemblance avec la courbe thermique d'un tuberculeux.

Rarement elle est intermittente comme le sont ordinairement les fièvres de suppuration. Cependant le malade de M. Bouveret (obs. VII), eut des accès de fièvre qui firent songer à des accès paludéens et furent traités par la quinine. De même le malade de M. Garand eut, plusieurs semaines avant d'être opéré, de grands accès fébriles caractérisés par un frisson d'une durée de 35 minutes et une forte élévation de température d'une durée de une heure; le phénomène se produisit à plusieurs reprises.

Plus intéressants sont les cas d'abcès tardifs *apyrétiques*. Ici la fièvre est nulle, c'est une véritable cachexie apyrétique que l'on a sous les yeux. Et le fait est loin d'être rare, puisque dans nos seules observations nous en relevons cinq sur vingt abcès du foie, ce qui donne la proportion de un quart. Il en était ainsi dans l'observation IV d'un abcès du foie

passé inaperçu ; pendant les trois premiers jours, la température, de 37°5 le matin, montait à 38° le soir, puis elle se maintient entre 37° et 37°5 pour descendre bientôt au-dessous de la normale à 36° jusqu'à la mort; la veille du décès une injection de sérum de 1,000 grammes la fit remonter à 37°5.

A propos du malade de Berger (obs. XI), il est formellement consigné qu'il n'avait « pas de fièvre », la température oscillait régulièrement entre 36°7 et 37°2. « Malgré l'absence de fièvre », la tuméfaction du foie, jointe aux antécédents pathologiques, firent admettre l'existence d'un abcès. « Pas de fièvre » lisons-nous également dans l'observation XII (cas de Rendu), « le pouls est à 80, la température plutôt basse à 36°8. Ce qui domine c'est l'état de cachexie et de dépérissement général ». Murchison (obs. XIX) rapporte que la température varie entre 36°8 et 37°3. Le même auteur, dans un autre fait d'abcès survenu dix ans après la dysenterie (obs. XVIII), dit que « au moment de la visite, la température était de 37°5, le pouls à 76 ». Voilà donc cinq cas de véritable cachexie apyrétique. Nous y reviendrons au chapitre du diagnostic, car alors ce n'est plus comme précédemment avec la tuberculose pulmonaire ou les accès paludéens que la confusion peut se produire.

DIVERS TYPES CLINIQUES. — De l'étude détaillée de la symptomatologie, nous pouvons déduire un certain nombre de types cliniques, selon que prédominent des symptômes locaux ou des symptômes généraux.

1° Types cliniques d'après les symptômes locaux.

A) *Type à symptômes hépatiques sans dysenterie.*

— Ici rentre le cas de ce malade de M. Josserand (obs. III). Il avait contracté dix ans auparavant, aux colonies, une dysenterie bénigne qui ne dura que huit jours. Depuis le rapatriement sont souvent survenues, au moindre surmenage, des douleurs dans le côté droit; mais *il n'y a jamais eu de diarrhée*. A son entrée il est profondément cachectique et le dépérissement remonte à deux ou trois mois. A son retour, M. Josserand le trouve dans une salle de tuberculeux; le malade l'arrête au passage pour se plaindre d'une vive douleur au-dessous des fausses côtes droites « douleur si vive qu'elle le fait gémir et le prive absolument de sommeil ». L'examen très instructif sur les signes hépatiques reste absolument négatif au point de vue intestinal : non seulement la diarrhée n'existe pas, mais depuis son entrée le malade « s'est constamment plaint de constipation, et il avait fallu plus d'une fois lui donner des lavements laxatifs ». Il en fut ainsi jusqu'aux jours qui précédèrent la mort; à ce moment seulement survint une diarrhée fétide, abondante, se renouvelant toutes les deux ou trois heures. Ainsi, dans cette curieuse observation, la dysenterie d'autrefois était loin du souvenir, et pas une récurrence ne vint la rappeler, qui aurait pu éclairer sur la véritable nature des phénomènes observés. Seuls existaient des symptômes hépatiques comme signes locaux.

Dans cette catégorie rentre aussi ce cas de Dickinson

dont nous avons déjà parlé, mais qui est assez typique pour être rapporté ici *in extenso* :

Un homme de 37 ans était admis à Saint-George's Hôpital le 19 mars. Il était très émacié. Son facies était pâle et maladif et ses pieds très enflés. *Il se plaignait d'une douleur à l'hypochondre droit*, et à l'examen de cette région on trouvait une large tumeur s'étendant de la région hépatique jusqu'à l'ombilic. *Il y avait constipation*. Les urines étaient albumineuses.

Il disait qu'il était malade depuis un an, qu'il avait progressivement perdu son embonpoint et ses forces, et qu'il souffrait au niveau du foie. Il n'avait jamais quitté l'Angleterre et n'accusait dans son passé aucun trouble intestinal.

Pendant son séjour à l'hôpital, *il fut constipé au point qu'on dut ordonner des laxatifs*. Il était couché calme, sans se plaindre et ne s'intéressant guère à rien. Il s'alimentait volontiers, mais la prostration s'accroissait, et il mourut sans autre symptôme, sauf une légère attaque de diarrhée le jour précédent.

À la nécropsie, rien de remarquable, sauf dans la cavité abdominale. À l'ouverture des parois, le foie parut énormément hypertrophié, s'étendant jusque dans la région ombilicale. En soulevant le bord inférieur, il s'écoula une grande quantité de pus. La paroi inférieure de l'abcès contenait à peine un peu de substance hépatique. La partie supérieure du gros intestin offrait des ulcérations déchiquetées comme on en voit dans la dysenterie; cela cessait brusquement au niveau de la valvule iléo-coccale. Les glandes lymphatiques du voisinage étaient rouges et gonflées. La cavité du péritoine contenait une petite quantité de sérosité louche.

Là encore se rencontraient donc des troubles du côté du foie sans aucun accident du côté de l'intestin.

B) *Type dysentérique sans symptômes hépatiques*. — D'autres malades n'ont au contraire pour expliquer soit leur fièvre, soit leur cachexie, que des

symptômes intestinaux : leur foie ne dit rien ; il n'est ni hypertrophié, ni douloureux. Cette absence de toute manifestation hépatique doit être fort rare si nous en jugeons par nos seules observations : nous ne relevons en effet qu'un cas dû à M. Josserand (obs. IV). Le malade avait contracté la dysenterie sept ans auparavant, en 1892 ; depuis son retour en France la diarrhée n'avait jamais complètement disparu ; néanmoins, de 1893 à 1899 l'état de santé resta satisfaisant.

Deux ou trois mois avant son entrée à l'hôpital, le 4 juin 1899, les troubles intestinaux s'aggravèrent, se traduisant par dix à vingt selles par jour, liquides, verdâtres, avec quelques lambeaux muqueux et des caillots de sang noirâtre. C'est cette recrudescence de symptômes diarrhéiques qui amenait le sujet à l'hôpital. Il ne se plaignait aucunement du foie ; c'est à peine si une pression prolongée au niveau de l'hypocondre droit réveillait une légère douleur et cela d'une façon bien inconstante et sans localisation nette. En raison des antécédents et en présence de la persistance des selles diarrhéiques, on songe à la possibilité d'un abcès du foie. On examine l'organe à nouveau : la matité hépatique est normale, le rebord inférieur ne dépasse pas les fausses côtes, en un mot il n'y a pas trace d'hypertrophie. Et cependant malgré ces signes négatifs, l'autopsie pratiquée peu de temps après mettait à découvert un abcès du volume d'une orange.

c) *Type à symptômes pleuro-pulmonaires.* — Chez d'autres malades enfin, les signes fournis par l'auscultation acquièrent une importance qui fait passer

au second plan les symptômes hépatiques et intestinaux lorsque ceux-ci existent. On croit avoir affaire à de la pleurésie de la base droite ou à une tuberculose pulmonaire plus ou moins avancée. Nous avons déjà parlé de ces faits dans un paragraphe précédent sur les symptômes thoraciques; devant y revenir encore à propos du diagnostic, nous ne saurions insister ici sans nous exposer à des redites inutiles.

2° Types cliniques d'après les symptômes généraux.

Si, laissant de côté l'état de tel ou tel organe, nous envisageons la maladie au point de vue des symptômes généraux, nous distinguons alors les deux types suivants :

A) *Type fébrile.* — La courbe thermique peut présenter de grandes oscillations survenant par intervalles plus ou moins éloignés : c'est alors celle d'un individu qui fait du pus ou de la tuberculose pulmonaire. Ces grands accès peuvent laisser croire à du paludisme (obs. VIII), et l'on prescrit en vain la quinine. Rappelons que le malade de M. Garand (obs. VIII) eut à Cannes, où il avait été envoyé, de grands accès fébriles caractérisés par deux périodes : un frisson d'une durée de trente-cinq minutes, suivi d'une température élevée durant une heure. Ce malade de Lafourcade (obs. XX), chez lequel un médecin diagnostiqua la tuberculose pulmonaire, présentait également de grandes oscillations thermiques, de 37°5 à 39°. Dans l'observation XIV de Laveran, la température, de 37°5 le matin, montait le soir à 39°.

D'autres fois, la courbe n'est plus aussi irrégulière ; la température varie entre 38° et 39°, et rappelle par sa monotonie celle de beaucoup de bacillaires.

B) *Type cachectique apyrétique.* — Dans ce second type, la fièvre est nulle. En présence d'une maigreur extrême, de vomissements répétés, sans qu'il y ait hypertrophie du foie, on songera à un cancer de l'estomac et à un néoplasme du foie, si cet organe est augmenté de volume. Dans l'observation V, l'œdème des malléoles fut le premier signe qui attira l'attention du malade. Cette période cachectique peut n'être que secondaire et avoir été précédée d'une période fébrile avec des troubles marqués du foie ou de l'intestin. Mais elle peut aussi s'établir d'emblée comme dans l'observation IV. La période d'état s'est alors établie lentement, insidieusement, par une cachexie qui est allée sans cesse en s'accroissant ; le malade perd ses forces et l'appétit, ne sait ce qu'il a ; ce qui domine chez lui, c'est un état général grave et apyrétique.

MARCHE. — Cette cachexie progressive est la caractéristique de la marche de cette variété d'abcès sans fièvre. Il faut absolument que le pus trouve une issue au dehors, pour qu'une amélioration survienne.

L'ouverture dans les bronches est la voie la plus généralement suivie. Cette marche de la collection purulente s'annonce par l'augmentation de la douleur, une dyspnée croissante, une toux sèche, quinteuse, accompagnée de crachats muqueux puis sanguino-

lents. La communication du foyer de l'abcès avec une grosse branche se traduit par une irruption de pus couleur chocolat donnant à l'haleine une horrible fétidité. La submatité et les râles de la base sont remplacés à ce moment par des râles caverneux et du souffle amphorique. Après la vomique, ces signes stéthoscopiques disparaissent à la longue, si la désorganisation du poumon rétrocede. C'est ainsi que les choses se sont passées dans le premier fait observé par Josserand (obs. I).

L'ouverture dans l'intestin, moins fréquente que la précédente, a lieu si des adhérences préalables ont uni le foie à l'intestin. La présence du pus dans les garde-robes indique le mode de dénouement.

Cette terminaison fut celle d'un cas de Murchison (obs. XVIII). Le malade, qui avait contracté dix ans auparavant une dysenterie, accusait depuis quelques temps de vives douleurs hépatiques. Or, le 21 février au soir, survint « une évacuation par le rectum d'un demi-litre de matière jaune qui fut reconnue au microscope pour être du pus. Il s'en écoula encore beaucoup le lendemain et un peu moins le 23; mais dès la première évacuation la douleur disparut. Le 24, le malade n'évacua qu'un peu de sang et de mucus; ensuite les garde-robes devinrent plus naturelles ».

L'ouverture successive dans les bronches et dans l'intestin peut aussi se produire. Une vomique paraît d'abord, suivie plus ou moins de temps après d'évacuation de pus par le rectum. Chez un malade que M. Josserand observa (obs. II) la vomique avait déjà eu lieu; malgré le mauvais état général l'intervention

chirurgicale fut pratiquée et détermina une sensible amélioration. Quelques mois après, l'abcès s'ouvrit spontanément dans l'intestin et la guérison ne tarda pas à être complète. Même fait dans le cas de M. Bouveret (obs. VII) : le malade avait eu une vomique avec rejet de un tiers de litre en vingt-quatre heures d'un pus hépatique rougeâtre, chocolat ; l'intervention immédiate est pratiquée. Les suites de l'opération furent inquiétantes jusqu'au jour où l'ouverture de l'abcès dans l'intestin amena une grande amélioration qui aboutit à une guérison définitive.

M. Josserand signale cette tendance à l'ouverture par les bronches et l'intestin. Pour lui, il ne faut pas voir là un nouveau caractère de l'abcès tardif « mais une simple conséquence de son évolution prolongée et insidieuse, laquelle, lui permettant de se développer sans intervention chirurgicale et de contracter des adhérences, favorise son ouverture spontanée ». Cette extension du côté de la cage thoracique contribue puissamment à donner à la maladie l'allure d'une tuberculose qu'elle revêt si souvent. En tout cas cette ouverture dans les bronches ne paraît pas avoir de suites heureuses : un des malades de M. Josserand (obs. II) n'a pas été amélioré ; dans le cas de Bouveret (obs. VII) l'état demeura si grave après la vomique qu'on se demandait si l'intervention pourrait être supportée. L'ouverture dans l'intestin semble au contraire être favorable. En effet, dans les deux cas ci-dessus (obs. II, VII) à partir du jour où le pus fut évacué au dehors par le rectum, survint une amélioration aboutissant finalement à la guérison.

Quoi qu'il en soit du mode d'ouverture et de ses résultats, ce qui caractérise la marche de l'abcès tardif, c'est d'être lente et torpide. Combien sommes-nous loin de ces suppurations hépatiques aiguës des pays chauds, à marche rapide variant entre quelques jours et quelques semaines !

DURÉE. — Ici l'évolution dure des mois, une année même et davantage. Pendant cette longue durée, les sujets sont le plus souvent considérés comme des tuberculeux et partagent leur temps entre la mer et la montagne. Le laps de temps le plus court dans nos observations est de deux mois (obs. XVII, XVIII). Le malade dont parle M. Josserand (obs. III), et qui était atteint d'une dysenterie chronique absolument fruste, eut une évolution de trois mois : l'entrée à l'hôpital eut lieu le 21 juin 1895, et depuis deux mois déjà l'état général était devenu mauvais ; la mort eut lieu le 28 juillet. Nous trouvons une durée de quatre mois dans les observations XI (cas de Berger) et XIII (cas de Richelot). L'évolution fut de six mois pour le malade de M. Garand (obs. VIII) ; à la fin de novembre 1898 survenait de l'anorexie, des selles fétides et un état laissant croire à de la tuberculose ; la santé ne reparut qu'après l'opération qui eut lieu le 31 mai 1899. C'est encore six mois que l'on constate dans le cas de Peyrot (obs. XVI), où l'abcès survint quinze ans après la dysenterie. — Walther (obs. IX) rapporte que « la première manifestation douloureuse à l'hypochondre droit remontait à sept mois ». Laveran (obs. XIV) indique la même période. .

D'autres fois il ne faut plus compter par mois, mais par année : pendant un an le malade de M. Bouveret (obs. VII) offre le tableau d'une cachexie prolongée amenant la confusion habituelle avec la tuberculose. Enfin, dans le cas de Richelot (obs. XIII), « depuis deux ans seulement la santé était moins bonne, il y a des moments de souffrance vague et de maux inexpliqués », et l'auteur ajoute que cet abcès « peut passer à bon droit pour s'être fait attendre ».

TERMINAISON. — Au bout d'un temps plus ou moins long, la collection purulente se fait jour d'elle-même à l'extérieur. Nous avons vu que cette ouverture spontanée est la tendance naturelle des abcès tardifs et la conséquence directe d'une marche insidieuse qui permet aux adhérences de se créer soit du côté du diaphragme, soit du côté de l'intestin. La vomique n'indique cependant pas toujours la terminaison de l'affection : l'état peut rester grave et nécessiter une intervention chirurgicale. Mais la constatation du pus dans les garde-robes paraît être de bonne augure ; souvent elle est suivie d'un mieux notable ; l'appétit revient, la maigreur diminue, les forces reparaissent, et après une convalescence pénible, la guérison est définitive.

Lorsque le pus ne se fait jour ni par les bronches, ni par l'intestin (cas de M. Josserand, obs. IV), et ne manifeste sa présence par aucune réaction locale, la mort est la terminaison fatale. On est en présence de malades qui dépérissent sans qu'aucun signe puisse faire soupçonner que le foie est en cause. La

fièvre est nulle, la cachexie fait de rapides progrès, et finalement le malade succombe dans un marasme complet. A l'autopsie, on est étonné de trouver un abcès du foie qui, durant la vie, avait passé inaperçu.

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique et bactériologique

Abcès du foie. — Leur siège. — Leur nombre. —

Leur âge. — Conclusion : plusieurs types d'abcès : abcès récents et abcès anciens, abcès unique ou de nature dysentérique, abcès multiples ou de nature septique.

Ulcérations intestinales. — Leur fréquence dans les cas d'abcès tardifs du foie. — Leur nombre. —

Leurs dimensions. — Leur aspect : ulcérations anciennes et ulcérations récentes.

Bactériologie : fréquence du caractère stérile en rapport avec la longue durée et la marche insidieuse.

Nous retrouvons là les caractères anatomo-pathologiques des abcès du foie communs et de la dysenterie ordinaire. Cependant dans les cas tardifs qui nous occupent, ces lésions peuvent présenter des caractères qui ont leur importance au point de vue de la

pathogénie, du pronostic et du traitement. C'est sur ses caractères que nous insisterons.

LEUR SIÈGE. — Le siège de ces abcès n'a rien de spécial : ils peuvent se rencontrer à la face convexe ou à la face inférieure, aussi bien qu'au centre de l'organe. Malgré cette diversité, la présence de la collection en un point déterminé n'est pas indifférente : l'abcès peut en effet siéger en un endroit inaccessible à la ponction et même à l'opération. C'était le cas pour un malade de M. Josserand (obs. III). Cinq ponctions successives sur le lobe gauche restent négatives ; le lobe droit est alors ponctionné sans plus de succès ; aucune ne ramène du pus. La nécropsie devait fournir l'explication de cet insuccès. On trouvait en effet un vaste abcès de la face inférieure du foie, ce qui expliquait l'échec des ponctions pratiquées sur la convexité de l'organe.

LEUR NOMBRE. — Le nombre des abcès a également une grande importance au point de vue du pronostic et du traitement : d'abord parce que leur multiplicité rend le plus souvent impossible leur ouverture successive ; ensuite parce qu'elle indique une localisation hépatique septicémique plutôt que dysentérique. Les abcès multiples existent dans quelques-unes de nos observations. Ce malade, aux nombreuses ponctions restées négatives (obs. III), avait, outre le vaste abcès de la face inférieure limité en bas par une mince bande de tissu hydatique, un second abcès de la grosseur d'une mandarine dans le lobe gauche,

au centre du foie ; enfin la coupe décélait encore plusieurs petits abcès du volume d'un pois. — Laveran (obs. XV) trouve à la nécropsie, en plus de l'abcès opéré, huit abcès superficiels sur la face concave ; sur la face convexe : dix abcès, les plus gros ayant le volume de petites pommes ; les coupes montrèrent aussi plusieurs autres petits abcès profonds. Le cas de Richelot (obs. XIII) se termina plus heureusement : trois abcès successivement opérés et suivis au bout d'un mois d'une guérison parfaite.

L'AGE. — L'âge de l'abcès est intéressant à signaler, car au point de vue des rapports de priorité avec les ulcérations intestinales, on peut en tirer des déductions importantes. Cet âge peut être approximativement déterminé d'après l'aspect de la coque qui le limite : une coque fibreuse, épaisse, indique un abcès ancien. Le fait est bien évident dans ce cas de M. Joserand (obs. IV) où l'abcès, survenant après une période intercalaire de sept ans, ne se traduisit pendant la vie que par un état général grave sans signes locaux et passa de la sorte inaperçu.

Or, voici ce que montra la nécropsie : « le foie est adhérent au diaphragme, et on a de la peine à rompre cette péri-hépatite ; on est frappé de suite par son aspect bizarre. A droite, la convexité est lobulée, ficelée, par suite de tubérosités grosses comme le pouce. A la section, cette partie ficelée montre des travées fibreuses se dirigeant du côté gauche de la glande. On fait une série de coupes antéro-postérieures de droite à gauche qui tombent toujours sur

des travées fibreuses ; enfin, vers la partie moyenne, la coupe met au jour un abcès du foie du volume d'une orange. Cet abcès, rempli d'un pus épais, crémeux, siège sur la partie convexe et postérieure de l'organe, sur la moitié postérieure de la face supérieure ; il n'aurait pas été abordable par la voie abdominale, même sans les adhérences hépatico-diaphragmatiques qui existaient. Les parois de l'abcès sont lisses. A la coupe, le tissu hépatique est doublé d'une coque épaisse comme le doigt, coque fibreuse d'un blanc jaunâtre, et d'où partent des travées qui, à l'extrémité droite, donnaient à l'organe l'apparence ficelée. C'est donc un abcès certainement très vieux, peut-être aussi ancien que les ulcérations intestinales, malgré les périodes de santé relativement bonnes du sujet. Le foie vidé de son abcès pesait 1 kil. 60 ».

Ce cas est donc un curieux exemple des caractères que l'âge imprime à l'enveloppe de la collection purulente.

CONCLUSION : PLUSIEURS TYPES D'ABCÈS. — En somme, du nombre et de l'âge, on peut déduire plusieurs types anatomiques d'abcès du foie.

Les abcès récents ou abcès hépatiques aigus sont ceux que décrivent ordinairement les auteurs. On peut avec Kelsch et Kiener les ramener à deux types principaux : les abcès *phlgemoneux* et les *abcès fibreux*. Dans la première variété, laquelle s'accompagne toujours d'une augmentation notable de volume du foie, le ramollissement progressif se

fait du centre à la périphérie; la cavité centrale plus ou moins vaste est remplie d'un liquide épais, couleur chocolat ou lie de vin; celui-ci peut atteindre quatre et cinq litres et le foie être alors réduit à une mince coque de substance. Les parois de l'abcès sont anfractueuses et parsemées de villosités très vasculaires, résultat de l'ouverture de petits abcès périphériques. Puis se forme une membrane pyogénique constituée par de la fibrine et des cellules embryonnaires, et qui donne à la cavité un aspect lisse. C'est par l'organisation de cette membrane que se fait la cicatrisation lorsque doit survenir la guérison.

Dans la deuxième variété (abcès fibreux) la production fibreuse précède l'apparition du pus; il se forme des nodules fibreux disséminés dans la glande et dont la partie centrale se ramollit. Ici l'évolution est plus lente, l'extension plus limitée et la collection purulente bien moindre.

Le processus fibreux devient remarquable dans les *abcès anciens* dont l'observation IV constitue un type achevé, avec une coque épaisse comme le doigt d'où partent des travées donnant à l'organe l'apparence ficelée.

Considérés au point de vue du nombre, les abcès sont *uniques*, véritablement dysentériques. Ce sont heureusement les plus communs dans les cas tardifs qui nous intéressent; leur ouverture sauve presque toujours le malade.

Les abcès *multiples* (obs. III, XV, XIII) prouvent en outre un état septicémique qui aggrave le pronostic. Ils s'accompagnent d'une destruction consi-

dérable de la substance hépatique. Rarement l'opérateur peut les ouvrir tous et en tout cas l'intervention n'est pas sans déterminer de vastes délabrements dans l'organe, rendant ainsi le succès bien incertain.

ULCÉRATIONS INTESTINALES. — L'examen de l'intestin ne le cède en rien à celui du foie comme importance et intérêt dans les cas d'abcès tardifs; il renseigne sur la marche de la maladie, et éclaire cette question si controversée de priorité pathologique des lésions intestinales ou hépatiques.

LEUR FRÉQUENCE. — Les ulcérations intestinales sont fréquentes, si l'on juge par les cas avec nécropsie; chaque fois que celle-ci a pu être pratiquée, on les a constatées. Elles étaient manifestes dans cinq de nos observations (III, IV, V, XIV, XIX). Nous ne relevons qu'un seul cas négatif, celui de Laveran (obs. XV): le gros intestin était seulement un peu hyperhémie, sans ulcérations, ni cicatrices de la muqueuse. Mais remarquons de suite que le malade avait eu au Tonkin une simple diarrhée et non pas de la dysenterie; de plus l'examen du foie fit découvrir dix-neuf abcès, donnant ainsi à la suppuration hépatique une allure septicémique plutôt qu'un caractère dysentérique. Ce cas perd ainsi beaucoup de sa valeur et n'infirmes en rien la fréquence ces lésions intestinales.

En somme, considérant que d'une part toutes les nécropsies démontrent l'existence d'ulcérations intestinales, que la plupart des cas non suivis de nécropsie

ont présenté plus ou moins de dysenterie, qu'enfin des ulcérations intestinales peuvent exister d'une manière fruste, sans symptômes (obs. III et cas de Dickinson), on peut légitimement conclure de tout cela que l'existence des ulcérations est la règle.

LEUR NOMBRE. — Le nombre de ces ulcérations est bien variable. Dans quelques cas elles sont rares, disséminées sur le gros intestin, principalement au niveau du cœcum et du rectum. Elles peuvent même être solitaires et échappent alors bien plus à l'observation. Dans un rapport à la Société de médecine de Londres, Moxon (1) parle d'un homme qui succomba à un volumineux abcès du foie avec constipation opiniâtre, et dont le cœcum présentait une cicatrice qui tout d'abord avait passé inaperçue. A ce propos, l'auteur anglais insiste sur la nécessité d'un examen rigoureux et d'un lavage minutieux de la muqueuse intestinale.

D'autres fois, les ulcérations sont si confluentes que tout le gros intestin en est couvert. Le fait est remarquable dans cette observation III d'un malade ayant contracté dix ans auparavant la dysenterie, et dont la diarrhée n'avait jamais reparu, sauf les jours qui précédèrent la mort. Nous y lisons que la surface muqueuse est recouverte de nombreuses ulcérations réparties assez régulièrement depuis le côlon descendant jusqu'au cœcum ; au niveau du cœcum elles sont confluentes, et ce n'est plus qu'une vaste plaque sa-

(1) Moxon. *Transact. of the pathol. Soc. of London*, 1873, p. 116.

nieuse et purulente; on trouve, en outre, des plaques plus petites au nombre d'une dizaine, et réparties sur tout le gros intestin. Dans le cas d'abcès tardif du poumon (obs. V), la nécropsie révéla « un intestin absolument criblé d'ulcérations de la dimension de pièces de un à deux francs, confluentes au point d'occuper autant de place que les espaces intercalaires sains. Ces ulcérations sont profondes, le fond en est sanieux, les bords un peu épaissis ».

LEURS DIMENSIONS. — Les dimensions varient suivant les cas, et sur le même sujet elles ne sont pas toutes d'égale importance. Dans l'observation III (dysenterie fruste) les ulcérations sont de dimensions diverses: deux sont très larges, presque du diamètre d'une pièce de cinq francs; l'une siège sur le côlon ascendant, l'autre sur le côlon descendant; sur le cœcum elles ne forment plus qu'une vaste plaie sanieuse; à travers ces ulcérations de grosse et moyenne intensité, sont parsemées des lésions de troisième ordre. — Observation IV (abcès du foie inaperçu), les ulcérations varient de la largeur d'une pièce de cinquante centimes à celle d'une lentille. Dans l'abcès tardif du poumon (obs. V), elles étaient de la dimension d'une pièce de un à deux francs.

LEUR ASPECT. — Au point de vue de leur aspect, les lésions varient suivant l'âge du processus.

Les ulcérations *anciennes* sont caractérisées par un fond sanieux, grisâtre, des bords décollés, des tuniques intestinales épaissies. Ce type se rencontre

dans tous les cas de nécropsie (obs. III, IV, V, XIV, XIX), mais il est particulièrement signalé dans quelques-unes. Dans l'observation III on trouve des ulcérations « à bords taillés à l'emporte-pièce, leur fond est grisâtre, sanieux, leurs bords décollés ; elles éveillent l'idée de lésions anciennes ». La nécropsie de cet abcès du foie, passé inaperçu durant la vie (obs. IV) montra des ulcérations assez confluentes allant « jusqu'à la musculature qu'on aperçoit au fond pâle, comme infiltrée, œdématiée. Il n'existe pas de réaction inflammatoire ni sur les bords ni dans le fond, et on a l'impression de vieilles ulcérations atones ». Le processus était aussi ancien dans ce cas d'abcès tardif du poumon (obs. V), où les ulcères de l'intestin sont profonds, à fond sanieux et à bords un peu épaissis.

Tout autre est l'aspect des *lésions récentes*. Celles-ci sont constituées par de petites *nodosités* légèrement acuminées, implantées par leur base sur la muqueuse intestinale ; de consistance d'abord molle, puis ferme. A un stade plus avancé, elles sont recouvertes d'une croûte jaunâtre qui se détache comme le bourbillon desséché d'un furoncle. Ces lésions revêtent véritablement un *aspect furonculaire*.

Souvent les deux processus, ancien et récent, se rencontrent sur le même sujet. Ainsi, dans le cas de M. Josserand (obs. III), à côté de ces lésions d'aspect furonculaire, caractéristiques d'une poussée aiguë, on observait de gros ulcères moins confluentes dont les caractères indiquaient absolument un processus ancien. Il semble, d'après ce mélange d'ulcérations nouvelles aux anciennes, et d'après l'augmentation

de la diarrhée dans les derniers temps, qu'il se fasse sur l'intestin une poussée dysentérique nouvelle coïncidant avec l'éclosion et l'évolution de l'abcès hépatique.

Bactériologie. — Le pus, dont la quantité peut atteindre plusieurs litres, est épais, crémeux et d'une couleur lie de vin ou chocolat. Mais un caractère domine tous les autres, c'est la *stérilité* : chaque fois que l'examen bactériologique a été pratiqué, le pus a été trouvé stérile. Il en est ainsi dans sept de nos observations (IX X, XII, XIII, XV, XVI, XVII). Dans tous ces cas, les ensemencements dans des bouillons de culture sont restés négatifs. On conçoit aisément que les auteurs, à bon droit étonnés, se soient efforcés d'en fournir une explication.

Faut-il invoquer avec M. Laveran la prétendue *influence bactéricide de la bile* ? On avait répété souvent depuis Saunders que la bile possède un pouvoir antiseptique. Bidder et Schmidt, chez les chiens porteurs de fistules biliaires, avaient observé l'odeur putride des selles, l'augmentation des gaz intestinaux et ces faits non expliqués par l'autopsie semblaient reconnaître pour cause la suppression de l'action bactéricide de la bile. Mais les expériences directes de Charrin et Roger démontrent que la bile est loin de posséder le pouvoir antiseptique qu'on lui attribue. « C'est un liquide, dit Roger, qui se putrifie très vite et qui, placé dans des bouillons de culture, ne gêne nullement le développement des microbes. » Les expériences de contrôle de Dupré, Létienne, de Arnaud

et Dastros aboutissent toutes au développement possible de bactéries dans la bile.

Pour Chauffard, ce n'est pas la bile qui est bactéricide, mais bien la *cellule hépatique*. D'après cet auteur, la cellule hépatique détruit les microorganismes par une action chimique inconnue analogue à celle qu'elle exerce sur les poisons. Ce n'est là qu'une hypothèse qui confère au foie un privilège qu'il ne possède pas. Les abcès stériles se rencontrent en effet dans d'autres organes : la trompe utérine, le cerveau, les muscles en ont offert des exemples. C'est donc là un fait d'ordre plus général et dont la cellule hépatique ne fournit pas la raison.

Kartulis invoque *l'insuffisance de notre technique actuelle*. Ces abcès renfermeraient bien des microbes, et si nous ne les voyons pas, c'est que nous ne savons pas les découvrir, nos procédés étant encore trop imparfaits. Mais, comme le dit Longuet (1) : « Que faut-il penser d'un microbe qui n'est ni cultivable, ni colorable, ni inoculable, et quelles raisons avons-nous de croire à son existence plutôt que de la nier ? » Certains auteurs pensent que si les recherches sont restées infructueuses, c'est qu'elles n'ont pas été faites dans la membrane poygénique, zone essentiellement pathogène. « Peut-être, disent Loison et Arnaud (2), aurions-nous recueilli un développement microbien, si nous avions obtenu le pus mucoïde de la paroi même de l'abcès, au voisinage de la zone d'évolution ». Cette idée semble confirmée par les faits de Hanot

(1) Longuet. *Presse médicale*, 16 mars 1895.

(2) Loison et Arnaud. *Revue de médecine*, 1892.

et Zancarol (1) qui, malgré la stérilité des cultures, ont trouvé des microbes dans les coupes du foie. Mais ce sont là des cas isolés, et nombreuses sont les coupes de tissu hépatique qui n'ont absolument rien donné dans les trente-huit cas de faits connus depuis Kartulis (2).

Ces abcès n'auraient-ils pas plutôt pour cause de leur asepticité l'ancienneté même du pus? C'est la théorie de la *stérilité secondaire tardive* généralement admise aujourd'hui : les germes disparaissent avec le temps. Le vieillissement du pus amène sa stérilité. « Les microbes, dit Laveran, peuvent être morts au moment de l'ouverture de l'abcès. » Tuffier (3), malgré six cas négatifs, conclut en disant « qu'il ne croit pas à l'absence primitive de microorganismes, mais qu'il admet la stérilité tardive secondaire à l'auto-inoculation microbienne ». Longuet, dans sa *Revue générale*, après avoir rappelé les cas de Arnaud et Dastros, de Zancarol, de Fontan où les cultures échouèrent malgré la présence constatée de microbes dans le pus ou les coupes ; après avoir appelé l'attention sur le cas de Fontan qui trouva un staphylocoque à l'examen lamellaire, mais non cultivable, et sur les faits de Arnaud et Dathos et Zancarol, obtenant des cultures stériles malgré des coupes positives, s'exprime ainsi : « Ce sont là des stades intermédiaires d'atténuation progressive jusqu'à la stérilité des cultures, mais qui ont du moins une grande signi-

(1) Zancarol. *Revue de chirurgie*, 1895.

(2) Debray Th. Paris, 1895.

(3) Tuffier. *Bull. Soc. chir.*, XVIII, p. 569.

fication parce qu'ils nous prouvent que les suppurations hépatiques obéissent aux lois générales; qu'elles sont microbiennes à l'origine et qu'il n'est point besoin de faire intervenir les amibes »; et plus loin : « pourtant un fait semble bien près d'être élucidé : c'est *l'origine primitivement microbienne* de tout abcès hépatique ».

En somme, et sans trancher absolument la question, nous dirons que l'abcès tardif du foie est une *suppuration atténuée*; leur stérilité est secondaire et conséquence directe du vieillissement du pus. D'ailleurs ce caractère cadre bien avec la marche lente, insidieuse, de l'affection et aussi avec la résistance opposée par le malade. Comme le font en effet remarquer Longuet, Kartulis et Laveran, il s'agit presque toujours d'abcès torpides, si on en excepte le cas isolé de Arnaud et Dastros. En outre, cette stérilité nous explique l'innocuité signalée par Peyrot et Veillon (1) de la pénétration du pus dans le péritoine : dans un cas de ces auteurs (Peyrot, obs. XVI) le déversement dans la cavité péritonéale d'une certaine quantité de pus ne s'accompagna pas du moindre retentissement sur le péritoine.

(1) Peyrot et Veillon, Société de chir., 1890.

CHAPITRE V

Complications pleuro-pulmonaires. — Absès dysentériques tardifs du poumon.

Importance des complications pleuro-pulmonaires. — Elles sont de trois sortes : 1° complications par contiguïté ; 2° complications par continuité (perforation du diaphragme) ; 3° complications à distance (abcès pulmonaires avec ou sans abcès hépatique). — Bronchite purulente dysentérique.

L'histoire elle-même des malades nous est une preuve de l'importance des complications pleuro-pulmonaires. Le même fait se retrouve presque toujours : le médecin croit voir de la tuberculose pulmonaire soit au début, soit à la période de ramollissement selon l'importance des signes fournis par l'auscultation. Il est donc nécessaire d'être prévenu

contre ces manifestations pleuro-pulmonaires chez un ancien dysentérique, afin d'éviter une erreur de diagnostic et de ne pas s'attarder à un traitement illusoire.

Toutes ne sont pas également évidentes et elles se traduisent différemment selon leur mode de production. A ce point de vue nous pouvons les diviser en trois classes.

1° *Complications par contiguité.* — L'inflammation se transmet par les lymphatiques du péritoine à la plèvre. C'est le cas le plus ordinaire. Généralement le malade accuse un point de côté à droite; l'examen de cette base permet de constater de la submatité; l'auscultation y révèle des frottements ou des râles, parfois même des signes d'un faible épanchement. Si l'on ajoute à cela des transpirations nocturnes, un amaigrissement considérable et un état général mauvais, la ressemblance est réellement frappante avec de la tuberculose pleuro-pulmonaire. Le malade de l'observation VII voit ses douleurs thoraciques attribuées à de la pleurésie sèche et on lui conseille un autre climat. Chez le sujet de l'observation IV, l'auscultation laisse entendre quelques sibilances dans le poumon droit et de la submatité à la base du même côté. Ces signes sont encore signalés observation III et XVI.

2° *COMPLICATIONS PAR CONTINUITÉ.* — Lorsque la lésion elle-même gagne de proche en proche le diaphragme, l'irruption du pus dans la plèvre détermine alors les symptômes classiques de l'épanchement.

Mais ordinairement des adhérences se sont préalablement établies entre le diaphragme et le poumon : aussi l'ouverture se fait-elle plus souvent dans les bronches que dans la plèvre (obs. I, II, VII, XI). Cette terminaison s'annonce par une douleur vive dans le flanc droit, de la dyspnée, une haleine fétide et une toux quinteuse. A ce moment on constate à la base droite de la diminution du bruit respiratoire, des râles fins et un léger souffle bronchique. Bientôt le malade rejette une quantité abondante de pus épais, couleur chocolat; l'examen microscopique y décèle des débris de tissu hépatique; cette expectoration abondante persiste quelque temps et chaque jour le sujet remplit plusieurs crachoirs de pus. La fièvre apparaît où elle faisait défaut (obs. XI) ou s'accroît lorsqu'elle existait déjà. Les signes fournis par l'auscultation se modifient : on perçoit au niveau du foyer de ramollissement des râles caverneux, du gargouillement, du souffle amphorique, en un mot tous les signes d'une excavation tuberculeuse. L'analogie est d'autant plus grande, qu'on est frappé de la maigreur et du dépérissement progressif du sujet.

3° COMPLICATIONS A DISTANCE. — D'autres fois, l'abcès du foie reste indépendant de celui du poumon et tous deux évoluent pour leur propre compte, chacun de son côté. Il en était ainsi dans ce cas de Murchison (obs. XXI) que nous reproduisons ici *in extenso* :

Le malade, âgé de 34 ans, avait eu la dysenterie plusieurs années auparavant dans l'Inde et à Malte. Les symptômes

durant les neuf jours passés à l'hôpital avant sa mort, avaient été une fièvre hectique, de l'émaciation, de la dyspnée, de la toux et une expectoration purulente, avec un gonflement douloureux du foie produisant une voussure des côtes. La matité hépatique ne descendait pas plus bas que deux pouces au-dessous du rebord costal sur la ligne mammaire droite, mais en haut elle arrivait au troisième espace intercostal. La surface du foie était unie, mais l'augmentation de volume ne portait pas sur tout l'organe uniformément. La langue était d'une rougeur inaccoutumée ; pas de vomissements, d'ictère ni de diarrhée, mais l'abdomen était sensible partout, et il y avait des signes manifestes d'un épanchement péritonéal.

A l'autopsie, on trouve dans le péritoine un litre et demi à deux litres de sérosité. Le foie adhérait solidement au diaphragme et présentait à la partie supérieure du lobe droit *un abcès* gros comme une noix de coco, et qui avait perforé le diaphragme de façon à avoir pour limite en haut la base du poulmon droit. L'abcès était enkysté dans une capsule de tissu aréolaire dense et contenant du pus jaune avec de gros flocons fibrineux. Dans le *lobe inférieur du poulmon droit se trouvait un autre abcès*, du volume d'une grosse orange, *distinct du précédent*, et contenant du pus rougeâtre. Le côlon descendant et la courbure sigmoïde étaient très contractés ; leurs tuniques étaient épaissies ; la muqueuse était couleur d'ardoise, mais ne présentait ni ulcérations récentes, ni cicatrices distinctes.

Ainsi, dans ce cas, l'abcès pulmonaire, malgré son très proche voisinage de la collection hépatique, en était cependant séparé par une dense capsule d'enveloppe et par du tissu pulmonaire.

Il s'agit donc là d'une inoculation à distance par les lymphatiques.

Mais l'observation suivante de M. E. Josserand est plus intéressante encore, car ce mécanisme ne peut guère être invoqué : elle concerne en effet un

abcès dysentérique tardif du poumon sans abcès hépatique.

J. B., âgé de 29 ans, chauffeur, né à Saint-Étienne, n'a pas d'antécédents héréditaires ; lui-même dans sa première jeunesse a joui d'une bonne santé. Pas de syphilis. Il a fait la plus grande partie de son service militaire en Algérie. Trois mois après son arrivée dans ce pays (1895), il a été pris de *dysenterie* qui, peu accusée au début, est arrivée au bout de deux mois à la période des selles sanguinolentes s'accompagnant de congestion du foie avec ictère, et l'obligeant à entrer une première fois à l'hôpital où il resta un mois et demi. C'est à ce moment qu'on lui aurait appliqué un vésicatoire entre les deux épaules, en raison d'une douleur vive au niveau de l'épaule droite.

Renvoyé au corps, il dut s'aliter à nouveau presque immédiatement et retourna bientôt après à l'hôpital avec le diagnostic d'hépatite aiguë. Il y séjourna trois mois : des ventouses scarifiées et des pointes de feu dont on voit encore les traces, furent appliquées à la région hépatique ; plusieurs ponctions auraient été faites sans résultat. Envoyé en convalescence pendant quatre mois (1896) aux îles Sainte-Marguerite, il se remit complètement de sa diarrhée, ne ressentant plus au niveau du foie qu'une douleur sourde.

Il retourna en Algérie où il dut, avant la fin de son séjour, entrer encore un mois à l'hôpital.

Libéré au mois de mai 1897, il rentra en France et se croyait complètement guéri, n'éprouvant plus aucun malaise ; ce n'est qu'au mois de novembre de la même année qu'il fut pris d'une diarrhée non dysentérique qui dure un mois et guérit.

Au mois de janvier 1898, alors que le malade était chauffeur sur les bateaux, il se mit à tousser et à avoir une expectoration muco-purulente relativement peu abondante. Deux mois après survint un accident qui semble avoir été une vomique : en très peu de temps, le sujet aurait expectoré la valeur d'un crachoir. Depuis, l'expectoration était restée abondante, et le patient raconte lui-même qu'elle augmentait de fréquence et d'abondance lorsqu'il était

obligé de pencher le corps à droite. Cependant, l'état général était resté relativement bon, sans amaigrissement marqué ni perte des forces, avec seulement quelques troubles de la digestion sans vomissements. La toux et l'expectoration persistant, en même temps qu'un *œdème des pieds* étant survenu, décidèrent le malade à entrer à l'hôpital Saint-Pothin. Pris pour un phtisique, il fut envoyé dans la salle des tuberculeux, où M. le Dr E. Jossierand le trouva le 8 août 1898.

L'abdomen est un peu tendu et ballonné, mais sans douleur à la palpation même profonde sur tout le trajet du gros intestin. Le malade raconte que depuis son retour d'Algérie, il lui est arrivé d'avoir de la *dysenterie à différentes reprises* pendant un ou deux jours. Actuellement, la diarrhée a complètement disparu, et le malade va régulièrement à la selle.

Le foie ne paraît pas augmenté de volume. La région hépatique est endolorie mais sans localisation précise; il n'y a pas d'ictère. La rate n'est pas augmentée de volume.

Aux poumons, la sonorité et la respiration sont normales aux deux sommets en avant et en arrière; la toux ne révèle aucun bruit surajouté. En arrière, aux deux bases, s'entendent quelques sibilances rudes et quelques râles crépitants. Malgré cette absence de signes sthétoscopiques, le malade a une expectoration abondante de coloration rougeâtre, telle que peut la donner un mélange intime de pus et de sang. La dyspnée est insignifiante. La température oscille entre 38° et 39°. L'examen bactériologique du pus de vomique, pratiqué le 10 septembre à la Faculté, le montre formé principalement de gros blocs fibrineux et de très nombreux leucocytes, mais *sans bacilles de Koch*.

10 octobre. — En arrière existe une matité de trois travers de doigt à la base droite, sans matité pathologique sur la ligne axillaire ou en avant, où la matité hépatique commence au cinquième espace. Le malade accuse de la douleur à la pression dans l'hypochondre droit. A la base gauche, on trouve une matité de la largeur de la main, et à laquelle correspondent des râles très serrés et très fins. On remarque également à la même époque que lorsqu'on fait coucher le

malade sur le côté droit, on voit apparaître une expectoration abondante donnant l'impression d'une vomique.

27 octobre. — On constate la *prédominance marquée des signes stéthoscopiques dans le poumon gauche*; la respiration est obscure tandis qu'elle s'entend beaucoup mieux à la base droite. De plus, la partie moyenne du poumon gauche, à peu près au niveau de l'épine de l'omoplate en avant et en arrière, présente par intervalles des signes amphoriques (timbre creux de la toux et de la voix, tintement métallique) surtout accusés pendant l'expectoration. Sur toute la hauteur du poumon gauche en avant, le murmure respiratoire est diminué; il en est de même en arrière. Malgré ces signes de pneumothorax, il n'existe pas de bruit d'airain, ni de succussion hippocratique. D'ailleurs tous ces symptômes sont passagers : on les perçoit d'une façon très intermittente et très fugitive. En somme, contre l'idée d'un pneumothorax gauche, il y a, malgré l'existence de toux amphorique et de tintement, les considérations suivantes : 1° pas de bruit d'airain, pas de succussion-hippocratique; le bruit amphorique siège en arrière au niveau du tiers moyen du poumon, alors qu'au tiers inférieur on a le rythme respiratoire normal et des râles muqueux; 2° inconstance des bruits amphoriques, conservation des vibrations en arrière et en bas; 3° quant au timbre un peu tympanique sous la clavicule gauche, il s'expliquerait par du skodisme.

Le malade a toujours une fois par jour une toux quinteuse, pendant laquelle il vomit à flots un plein crachoir d'expectoration couleur chocolat.

Le 8 novembre on ne retrouve pas les signes cavitaires. Les jours suivants, on fait deux ponctions au niveau des signes cavitaires, mais elles sont négatives. Comme l'expectoration est moins abondante et que le malade se sent mieux il quitte le service le 14 novembre. La température oscillait entre 37 et 38°.

Il revient dix jours après (24 novembre 1898) très cachectique, avec de la dyspnée, de l'œdème des jambes; les signes stéthoscopiques sont plus accentués, en particulier les bruits amphoriques sont devenus plus intenses. On pratique sans résultat, le 3 décembre, une ponction au niveau

des signes cavitaires. *La diarrhée revient* ; les selles peu abondantes (sept à huit par jour) renferment un peu de sang et s'accompagnent de ténésme et de faux-besoins.

Le 5 décembre une ponction faite au niveau de la pointe de l'omoplate donne issue à un liquide couleur chocolat de même nature que celui de l'expectoration.

Le malade se décide à une *intervention chirurgicale* et le 9 décembre l'opération est pratiquée par M. le Dr Vallas. Une incision est pratiquée dans le septième espace sur la ligne axillaire ; on résèque une côte.

Les tissus intercostaux incisés, un flot de pus chocolat, semblable à celui qu'expectorait le malade, jaillit de la plaie ; à chaque inspiration on entend un bouillonnement et à chaque expiration une colonne d'air mélangée au pus la chasse au dehors en éclaboussant les assistants. Evidemment la poche est pleurale et communique avec les bronches. En effet, quand l'abcès est suffisamment évacué, on aperçoit au fond de la plaie le poulmon rétracté et le liquide s'écoule à chaque expiration et surtout à chaque secousse de toux d'une fistule pulmonaire très apparente.

La mort survient le 12 décembre.

Nécropsie. — L'abcès pleural est vide, et le poulmon rétracté présente la fistule observée au cours de l'opération.

A la coupe du poulmon, on voit que cette fistule communique avec une *cavité intra-pulmonaire, siège primitif de l'abcès*, lequel ne s'est évidemment rompu dans la plèvre que pendant les jours qui ont précédé la rentrée du malade à l'hôpital (fin novembre). A cet incident se rattache vraisemblablement et l'exagération des signes amphoriques et l'aggravation rapide de l'état général.

Cette cavité intra-pulmonaire est de la dimension d'une mandarine, les parois en sont anfractueuses, d'aspect spongieux et on y observe des vaisseaux pour ainsi dire disséqués des tissus environnants et paraissant prêts à se rompre. Tout autour de la cavité le tissu pulmonaire s'est condensé, sclérosé, formant une *coque qui prouve la durée relativement longue de l'abcès*.

Le foie est gros et présente à la coupe des bandes cicatricielles, étoilées, irrégulières, ressemblant à des gomm

anciennes, vestige peut-être des accès d'hépatite signalés chez le malade.

Entre la face supérieure du foie et le diaphragme, une cuillerée à café environ de pus crémeux, n'ayant aucune communication avec le foie dont il est séparé par la capsule saine. C'est un abcès sous-phrénique en miniature.

L'*intestin*, depuis le côlon transverse jusqu'à la fin du rectum, est absolument criblé d'ulcérations de la dimension de pièces de un à deux francs, confluentes au point d'occuper autant de place que les espaces intercalaires sains. Ces ulcérations sont profondes, le fond en est sanieux, les bords un peu épaissis.

La lecture de cette observation pleine d'intérêt nous indique quelle doit être la difficulté du diagnostic dans des cas semblables. Voilà un homme, atteint autrefois de dysenterie, qui se présente dans un état de cachexie fébrile accompagné d'œdème des malléoles; le foie est gros, la région hépatique porte la trace de ventouses scarifiées mises aux colonies pour des accès d'hépatite (la nécropsie, d'ailleurs, révéla les traces de cette hépatite); l'expectoration est abondante, purulente, rougeâtre; en présence d'un tel malade, l'idée d'un abcès du foie ouvert dans les bronches se présente naturellement à l'esprit. Et pourtant le liquide de la vomique ne contient pas trace de débris de tissu hépatique; en vain cherche-t-on dans le poumon droit les signes sthétoscopiques habituels de la perforation hépatico-bronchique. Puis apparaissent à gauche des signes cavitaires. On se demande alors, en ne pouvant croire à la possibilité de cette hypothèse, s'il ne s'agit pas d'un abcès du foie ouvert dans le poumon gauche.

L'opération permet de constater la communication de la cavité pleurale avec le foyer pulmonaire par une fistule très nette; la mort survenait trois jours après l'intervention. Or il y a évidemment dans cette nécropsie des éléments qui pourraient faire invoquer l'existence d'un abcès pulmonaire consécutif à une suppuration hépatique et conditionnée par elle : telle l'existence d'un peu de pus sous le diaphragme (une cuillerée à café), ou encore la présence de cicatrices dans le tissu hépatique ressemblant à des gommes scléreuses et traces probables d'abcès guéris. Mais contre cette hypothèse d'un abcès pulmonaire secondaire, il y a la quantité très peu considérable de pus sous-diaphragmatique et le fait que la propagation infectieuse aurait passé du foie dans le poumon, non pas droit, mais gauche. Il est donc probable que l'abcès pulmonaire a évolué pour son compte et que c'est là un cas d'abcès dysentérique tardif primitif du poumon.

La dysenterie chronique qui détermine des abcès pulmonaires ne pourrait-elle pas infecter le poumon sous la forme d'une *bronchite purulente simple*? On est amené à se poser cette question en présence du cas suivant observé par M. Josserand :

L. B..., âgé de 26 ans, journalier, entre le 6 juin 1898 dans le service de M. Josserand, à l'hôpital Saint-Pothin. Son père est bien portant, sa mère est morte d'une affection du cœur. Lui-même n'a eu que la petite vérole à l'âge de 18 ans. Pas de syphilis, pas d'alcoolisme avéré. Une blennorrhagie s'est accompagnée d'abcès urinaires, traitée par M. Augagneur et terminée par une fistule intermittente, qui laisse sourdre l'urine, mais qui se ferme parfois spontanément.

Au régiment, le malade se mit à tousser et au bout de quelque temps fut réformé en 1895 pour tuberculose pulmonaire. Depuis ce moment la toux n'a jamais disparu, mais c'est depuis deux ans seulement que la maladie s'est surtout accentuée.

Au début, les crachats étaient striés de sang survenant tous les jours pendant quelques mois. Actuellement, l'expectoration est muco-purulente. Depuis quelque temps l'amaigrissement est considérable ; il existe des sueurs nocturnes et une *diarrhée quotidienne*. Le malade se plaint surtout de douleurs survenant environ une heure et demie après le repas, et qui persistent jusqu'au moment où survient une débâcle diarrhéique. Cette douleur a son maximum à la partie supérieure de l'abdomen, au niveau du creux épigastrique, d'où elle s'irradie un peu de tous les côtés, mais surtout dans l'hypochondre droit. A ce moment la température oscille entre 37°5 et 38°5.

Cet état persistait sans changement notable depuis plusieurs mois et le malade, regardé comme tuberculeux, avait été placé dans la salle spéciale (Saint-Just).

Cependant M. le Dr Jossierand, frappé de la banalité des signes sthétoscopiques ne se traduisant que par des sibilances et des ronchus disséminés, fait descendre le malade dans la salle commune. En même temps l'examen bactériologique démontrait l'*absence de bacilles de Koch*. En pressant le malade de questions, on apprit qu'il *avait eu la dysenterie en Algérie* pendant six mois. Celle-ci guérit et disparut pendant quatorze mois ; puis elle reparut en 1897 pour ne plus disparaître complètement.

Au mois de mars 1899 les selles sont encore au nombre de quatre à cinq par jour, liquides, glaireuses ; il existe de la douleur sur le trajet du côlon descendant. On ordonne à plusieurs reprises des lavements au ratanhia et au nitrate d'argent. L'expectoration est toujours muco-purulente, abondante.

Au mois de juin, bien que le malade tousse davantage, cependant on ne constate toujours aux deux poumons que des sibilances banales et généralisées. La température varie entre 37°5 et 38°5. La persistance de la diarrhée dysenté-

riforme, dont on parvient à réduire les selles à trois par jour grâce à un vigoureux traitement, explique suffisamment le mauvais état général, l'amaigrissement et la perte des forces. L'examen de l'abdomen ne réveille pas de douleurs sur le cœcum et le côlon ascendant; cependant, l's iliaque seule est douloureuse à la pression; le ventre n'est ni rétracté, ni ballonné. La pression sur l'hypochondre droit est bien supportée.

Il n'y a pas de matité splénique et le foie n'est pas augmenté de volume.

A la base droite, on constate vers la fin du mois de juin un foyer de râles sous-crépitaux et en avant au-dessus du foie quelques râles un peu éclatants. Le foie semble donc être surmonté d'une couronne d'inflammation bronchique.

Les jours suivants, des ponctions exploratrices pratiquées à sept ou huit centimètres dans le tissu hépatique restent négatives.

Le 25 août 1899, le malade quitte le service non guéri.

Ainsi donc, voilà un bronchitique fébricitant dont la toux remonte à plusieurs années et l'a même fait réformer comme tuberculeux; l'examen thoracique ne révèle que des signes banals de bronchite. Or, si l'on cherche à expliquer ces symptômes pulmonaires, on ne trouve ni antécédents héréditaires, ni antécédents personnels; en outre l'examen bactériologique des crachats est négatif. Il ne reste alors pour expliquer cette bronchite qu'une *vieille dysenterie* remontant à plusieurs années et se traduisant encore par une diarrhée quotidienne. En présence de ce fait, on peut se demander si à côté de la bronchite et de la pleurésie par contiguïté, de la vomique, de l'abcès primitif du poumon, tous phénomènes qui ont pour intermédiaire l'abcès du foie, il n'existe pas des cas d'*infection directe des bronches* réalisée directement par les lésions intestinales et sans participation du foie.

En ce cas on pourrait résumer le chapitre par le tableau suivant :

Complications pleuro-pulmonaires de la dysenterie chronique	par l'intermé- diaire des abcès dysentériques du foie.	A) Inflammation pleuro- pulmonaire <i>par conti- nuité</i> . Abcès pulmonaires consécutifs à un abcès du foie.
	directement, c'est- à-dire sans exis- tence de l'abcès du foie.	B) Inflammation pleuro- pulmonaire <i>par conti- nuité</i> (vomiques). A) Abcès pulmonaires primitifs sans abcès du foie (obs. de M. Jos- serand). B) Bronchite purulente fébrile sans bacilles de Koch (obs. de M. Jos- serand).

CHAPITRE VI

Pathogénie.

Les deux hypothèses : réveil d'un abcès du foie latent ou bien infection hépatique par d'anciennes ulcérations intestinales. — Aperçu sur les relations pathogéniques du foie et de l'intestin dans la dysenterie aiguë. — Examen de la question dans la dysenterie chronique. — Fréquence des ulcérations intestinales dans les cas d'abcès tardifs. — Rareté des abcès hépatiques dans les cas de dysenterie chronique. — Il n'y a guère d'abcès tardifs sans ulcérations intestinales, il y a souvent dysenterie chronique simple sans abcès hépatiques. — Les lésions intestinales ont un aspect plus ancien que les lésions hépatiques. — Il en résulte la subordination, au point de vue pathogénique, du foie à l'intestin. — Cas exceptionnels.

LES DEUX HYPOTHÈSES. — « L'éclosion tardive d'un abcès dysentérique du foie, dit M. Josserand, implique l'idée du réveil d'un foyer latent d'infection. Si nous

cherchons à localiser ce foyer, les deux organes qui se présentent à notre esprit sont le foie et l'intestin. » Avons-nous affaire à un abcès du foie latent depuis longtemps et qui se réveille sous l'influence de quelque cause occasionnelle, ou bien ne faut-il voir qu'une infection hépatique par d'anciennes ulcérations intestinales? Telles sont les deux seules hypothèses qui peuvent guider dans l'étude de la pathogénie. C'est l'éternelle question de priorité pathologique si souvent agitée à propos de la dysenterie aiguë et des abcès précoces. Qu'on nous permette d'en rappeler ici les grandes lignes.

RELATIONS PATHOGÉNIQUES DU FOIE ET DE L'INTESTIN DANS LA DYSENTERIE AIGUE. — La corrélation qui existe entre les abcès du foie et la dysenterie aiguë semble avoir été connue de tout temps, comme en témoigne ce récit de Galien qui, remarquant un jour les selles dysentériques d'un malade, s'empressa d'examiner l'hypochondre droit et put diagnostiquer un abcès du foie. Mais il faut convenir avec Kelsch et Kiener (1) « qu'il n'y aurait pas grand gain à rechercher dans les écrits des médecins des siècles passés quelques documents épars sur les abcès du foie ». Tous font jouer au climat et au régime le rôle principal et ne paraissent pas se douter de l'importance de la dysenterie, qu'ils passent sous silence.

Il faut arriver aux temps modernes pour voir se dégager une conception nette du rôle des lésions intestinales.

(1) Kelsch et Kiener, *loc. cit.*

A) *Théorie d'Annesley : hépatite primitive.* — L'auteur anglais, dans sa conception de la *dysenterie hépatique*, vit les liens pathogéniques étroits qui unissaient l'une à l'autre l'affection intestinale et l'affection hépatique. Annesley pensait que les altérations du foie engendraient le plus souvent les lésions de l'intestin. Une bile primitivement altérée engendrait secondairement l'inflammation de l'intestin ; le cycle de la dysenterie hépatique commencerait par la congestion sanguine de la glande avec stase biliaire pour se terminer par les troubles intestinaux, conséquence naturelle de l'hépatite primitive. Cette conception repose d'ailleurs sur des observations cliniques justes. Il arrive en effet assez souvent que les phénomènes morbides suivent cette marche pour ainsi dire descendante et que la dysenterie survienne alors après l'apparition des sytômes hépatiques. Bien plus nombreux sont les cas où l'abcès du foie ne coïncidait avec aucune lésion intestinale et Mac Lean en rapporte trente-quatre observés au musée pathologique de Netley. Cambay et Haspel racontent de leur côté qu'ils ont vu plus souvent le flux dysentérique suivre l'hépatite que la précéder.

L'hépatite primitive existe donc. Malheureusement les troubles biliaires n'ont pas l'importance que leur attribuait Annesley et doivent être considérés comme effet plutôt que comme cause. En somme, cette théorie, applicable à un certain nombre de faits, ne semble pas expliquer la majorité des abcès du foie.

B) *Théorie de Ribbes et Budd : hépatite secondaire, 1845.* — Contrairement à Annesley, Ribbes et

Budd admettent que la dysenterie est toujours l'affection primitive. Pour eux, la priorité pathologique est en faveur de l'intestin : les abcès du foie sont consécutifs aux ulcères du gros intestin et ceux-ci en sont la cause directe.

Par quel mécanisme alors ces ulcères déterminent-ils l'abcès ? L'explication se ressent des expériences célèbres de Cruveilhier, qui avait injecté du mercure dans la veine mésentérique d'un chien et avait réussi à produire dans le foie des abcès contenant un globule de mercure. L'attention à cette époque était attirée sur le retentissement qu'avaient sur le foie les opérations pratiquées sur l'intestin. Aussi ne faut-il pas s'étonner de voir Budd incriminer la phlébite mésentérique dans la pathogénie des abcès hépatiques, comme une conséquence de la propagation de l'inflammation des surfaces ulcérées aux radicules de la veine porte. Certains faits, épars dans la science, ont mis ce processus en évidence : tels sont les cas de Sandfiel Jones, cité par Payne (*Trans. of the Path. Soc.*, XXI, p. 231, 1871) et ceux de Müllig (*Beitrag zur der Etiologie der Hepatitis* ; in *Zeitschr. der k. Gesellsch. der Erzte zu Wien*, juin 1852). Néanmoins, la théorie de Budd est trop générale : en effet, sans parler des cas où les ulcérations intestinales font défaut, souvent on ne découvre aucune lésion vasculaire, soit à l'origine de la veine porte, soit au niveau du tronc. Aussi dans ces cas qui constituent la généralité, est-on amené avec ces auteurs à admettre une métastase : le sang charrie les germes pathogènes et les transporte de l'intestin au foie, c'est une véritable pyohémie.

Cette doctrine ingénieuse fut accueillie par la majorité des pathologistes, principalement en Angleterre avec Murchison. D'ailleurs elle s'accorde avec nos notions anatomiques et physiologiques de la veine porte ; de plus elle donne à la dysenterie sa véritable place et explique la rareté des abcès où manque l'entérite dysentérique. Celle-ci ne se rencontre-t-elle pas en effet le plus souvent ? vingt et une fois sur vingt-neuf cas d'hépatite (Annesley), treize fois sur vingt-cinq (Haspel), cinquante-sept fois sur soixante-six (Dutroulau), presque toujours (Catteloup) et dans les cas négatifs, nous l'avons déjà vu, il est possible de se demander avec Moxon, si l'examen nécroscopique n'a pas laissé échapper quelque ulcération cicatricielle.

« On peut donc, dit Rendu (1), dans un grand nombre de circonstances, considérer les abcès du foie des pays chauds comme le résultat d'une véritable infection purulente dont le point de départ, au lieu d'être une plaie située à l'extérieur et subissant directement l'influence des ferments atmosphériques, est une ulcération siégeant sur le parcours du tube digestif, et en contact avec les liquides irritants fournis par les sécrétions pathologiques ». Cette théorie métastatique de Ribbes et Budd exige que l'hépatite soit toujours secondaire à la dysenterie ; or l'observation montre qu'il n'en est pas toujours ainsi ; de plus Kelsch et Kiener font justement remarquer que l'anatomie pathologique des abcès dysentériques

(1) Rendu. *Loco citato*.

a des caractères propres qui la distingue des suppurations septicémiques.

Loison et Arnaud (1) sont donc un peu trop absolus lorsqu'ils disent : « une analyse approfondie de nos observations nous montre la constance de la dysenterie ; elle a précédé, accompagné ou suivi le développement de l'hépatite. Eu égard à la fréquence des dysenteries plus ou moins latentes, évoluant sans aucun fracas, que nous avons eu bien souvent l'occasion d'observer en Tunisie, nous serions même tentés d'être plus affirmatifs, et nous dirons que la dysenterie et l'hépatite ne sont pas un double fait d'une même cause générale, mais que presque toujours la dysenterie a précédé l'hépatite comme la blennorrhagie précède l'orchite blennorrhagique. Il est possible que la dysenterie initiale, même très légère, suffise à provoquer l'hépatite suppurée ».

c) *Théorie éclectique.* — Plus conciliants sont les auteurs qui, avec Kelsch et Kiener, admettent que le virus dysentérique frappe à la fois le foie et l'intestin. Il doit en être ainsi dans ces formes aiguës rencontrées aux colonies et où les symptômes dysentériques s'accompagnent de suite de manifestations du côté du foie sous forme de douleur, de congestion ou même de tuméfaction, le tout accompagné de grandes oscillations thermiques. Ici l'atteinte des deux organes paraît avoir été synchrone : la même cause qui attaque l'intestin frappe en même temps le foie ; il n'y a plus de priorité pathologique, l'envahissement paraît être simultané.

(1) Loison et Arnaud. *Revue de médecine*, 1892.

Quoiqu'il en soit, le premier rôle dans la formation des abcès précoces appartient à la dysenterie aiguë ; c'est elle qui en est le facteur étiologique presque indispensable et qui le plus souvent est la première en date.

EXAMEN DE LA QUESTION DANS LA DYSENTERIE CHRONIQUE. — En est-il de même dans le cas de dysenterie chronique ?

Le premier rôle est-il joué par le foie ? Autrement dit, s'agit-il de vieux abcès du foie existant depuis plusieurs années d'une façon torpide et se réchauffant pour ainsi dire ? La stérilité du pus fournit un argument sérieux en faveur de cette opinion. Nous avons vu au chapitre de bactériologie que cette stérilité est fréquente et qu'elle a été trouvée chaque fois que l'examen bactériologique a été fait dans les cas d'abcès tardifs (obs. IX, X, XII, XIII, XV, XVI, XVII). Conséquence d'une suppuration atténuée par le vieillissement du pus, elle est bien en rapport avec la marche lente de la maladie. Il est donc permis de se demander si une collection purulente douée d'une telle propriété ne peut pas persister fort longtemps sans trahir sa présence, la lésion du foie évoluant pour son propre compte sans le concours de l'intestin.

S'agit-il au contraire de vieilles ulcérations dysentériques ayant ensemencé tardivement le foie ? Avec M. Jossierand nous penchons volontiers pour cette seconde hypothèse, et cela pour deux raisons principales.

D'abord, il nous paraît établi que l'abcès hépatique

a besoin le plus souvent d'ulcérations intestinales pour se développer, tandis qu'on observe fort souvent d'anciennes lésions intestinales sans abcès du foie. Chaque fois que l'autopsie a été pratiquée (obs. III, IV, V, XIV, XIX) on a trouvé des ulcérations intestinales sur le gros intestin d'un caractère nettement dysentérique. Il n'existe qu'un seul cas négatif, celui de Laveran (obs. XV); mais, le malade ayant eu au Tonkin une simple diarrhée plutôt qu'une dysenterie et la suppuration hépatique présentant le type septicémique (dix-huit abcès) plutôt que dysentérique, la valeur de ce cas peut être contestée. Il n'y a donc guère d'abcès tardifs sans ulcérations intestinales tandis que l'inverse n'est pas vrai.

En second lieu, ces lésions intestinales ont un aspect parfois plus ancien que les abcès hépatiques. Ces derniers, sauf dans certains cas tels que l'observation IV, malgré leur marche lente dont témoigne la stérilité du pus, ont néanmoins souvent une enveloppe peu épaissie, légèrement scléreuse. Au contraire, les ulcérations de l'intestin ont les caractères d'un processus ancien avec leurs bords décollés, un fond sanieux, grisâtre, et des tuniques intestinales épaissies. Ajoutons que les anamnestiques témoignent également en faveur de l'ancienneté de la dysenterie : le malade a des accès de diarrhée depuis plusieurs années, et même lorsqu'il ne signale aucun trouble intestinal (obs. III) l'autopsie peut cependant révéler d'anciennes lésions intestinales. Si bien, dit M. Josserand, « que ces soi-disants abcès tardifs du foie ne sont pas, relati-

vement aux lésions intestinales, aussi tardifs qu'ils paraissent l'être ». Nous concluons donc que les abcès du foie paraissent conditionnés par les ulcérations intestinales.

Les rapports de sympathie pathologique sont même si étroits entre le foie et l'intestin, qu'une poussée aiguë sur l'un s'accompagne d'une poussée aiguë sur l'autre. En effet, il arrive de constater sur l'intestin, au milieu des lésions déjà anciennes, d'autres altérations plus récentes, d'un aspect furonculaire ou semblables à des boutons d'acné ouverts à leur sommet.

L'éclosion de l'abcès hépatique déterminerait une poussée d'entérite aiguë, se traduisant d'ailleurs chez le malade par la diarrhée ultime, si souvent notée, même chez ceux qui n'avaient pas eu de diarrhée dans la période intercalaire (obs. III).

D'ailleurs, tout en maintenant fermes nos conclusions en faveur de la priorité intestinale, nous sommes obligés de reconnaître que dans quelques cas cette priorité est difficile à établir et que les deux lésions portent un cachet égal d'ancienneté.

Le fait est frappant dans l'observation IV de M. Jossierand. Le malade avait contracté la dysenterie au Tonkin sept ans auparavant et, depuis, il ne s'était jamais écoulé plus de six mois sans qu'il ne prît quelques petits accès diarrhéiques, lesquels ne l'obligeaient pas, du reste, à suspendre son travail. La diarrhée dysentérique dont il était atteint à son entrée à l'hôpital persista avec quelques légères variations jusqu'à sa mort. Mais il était permis de

croire à une dysenterie chronique simple, car on ne trouvait rien du côté du foie, dont la matité était absolument normale.

Tandis que dans l'observation III nous voyons les symptômes hépatiques exister seuls, sans troubles intestinaux, ici, au contraire, les fonctions intestinales sont gravement troublées et le foie reste muet. Ce n'est plus un abcès du foie, où malgré l'absence de diarrhée pendant la vie on est surpris de trouver des lésions intestinales, c'est un cas de dysenterie chronique grave, où malgré l'absence de signes hépatiques on est surpris de trouver un abcès du foie. Et cet abcès a un aspect de vétusté aussi accentué que les ulcérations intestinales.

La nécropsie, lisons-nous, « révèle l'existence d'un abcès du foie ; cet organe est adhérent au diaphragme et on a de la peine à rompre cette péri-hépatite. On est frappé de suite par son aspect bizarre. A droite, la convexité est lobulée, ficelée, par suite de tubérosités grosses comme le pouce. A la section, cette partie ficelée montre des travées fibreuses se dirigeant du côté gauche de la glande.

« On fait une série de coupes antéro-postérieures de droite à gauche qui tombent toujours sur des travées fibreuses ; enfin, sur la partie moyenne, la coupe met au jour un abcès de foie du volume d'une orange. Cet abcès, rempli d'un pus épais, crémeux, siège sur la partie convexe et postérieure du foie, sur la moitié postérieure de la face supérieure ; il n'aurait pas été abordable par la voie abdominale, même sans les adhérences hépatico-diaphragmatiques qui restaient. »

« Les parois de l'abcès sont lisses. A la coupe, le tissu hépathique est doublé d'une *coque épaisse comme le doigt*, coque fibreuse d'un blanc jaunâtre et d'où partent les travées qui, à l'extrémité droite, donnaient à l'organe l'apparence ficelée. C'est donc un abcès certainement très vieux, peut-être aussi ancien que les ulcérations intestinales, malgré les périodes de santé, relativement bonne, du sujet. Le foie, vidé de son abcès, pesait 1 kil. 610.

« Tout le gros intestin est ulcéré à partir de 10 centimètres au-dessus de l'anus. Ces ulcérations varient de la grosseur d'une pièce de cinquante centimes à celle d'une lentille et sont assez confluentes; elle vont jusqu'à la musculuse qu'on aperçoit au fond, pâle, comme infiltrée, oedématiée. Il n'existe pas de réaction inflammatoire ni dans le fond, ni sur les bords et on a l'impression de *vieilles ulcérations atones*. Par places, la muqueuse intermédiaire aux ulcérations est pâle; en d'autres endroits, elle est fortement injectée, vascularisée et il en est ainsi jusqu'au cœcum. L'intestin grêle et l'estomac sont normaux ». Ainsi, dans ce cas, les signes de vétusté sont aussi marqués d'un côté que de l'autre: la coque fibreuse du foie, épaisse comme le doigt, ne le cède en rien aux lésions intestinales comme ancienneté de processus. En outre, cette observation nous enseigne que, si chez un malade porteur d'un abcès tardif, il faut même en l'absence de tout symptôme intestinal (obs. III) se méfier de la coexistence de lésions dysentériques de l'intestin, inversement chez un malade (obs. IV) succombant avec des signes de dysenterie

chronique grave, il faut penser à la possibilité d'un abcès du foie, même en l'absence de tout signe hépatique, et ponctionner l'organe.

En résumé, la dysenterie chronique peut persister d'une façon latente à la fois dans le foie et l'intestin, mais le plus souvent c'est l'intestin qui est le réceptacle des germes persistants. Les ulcérations intestinales constituent autant de portes d'entrée à l'infection et tant qu'elles existent, le foie reste menacé d'une invasion de microorganismes : de la sorte les abcès du foie sont consécutifs aux ulcères du gros intestin et ceux-ci en sont la véritable cause. Nous arrivons à la théorie de Budd, exposée plus haut, mitigée toutefois par quelques réserves éclectiques cadrant avec la théorie de Kelsch et Kiener. Cela en somme légitime l'opinion de M. Josserand : « les abcès tardifs du foie ne sont pas, *relativement aux lésions dysentériques intestinales*, aussi tardifs qu'ils paraissent l'être ».

CHAPITRE VII

Diagnostic.

Considérations générales. — Cas où la localisation hépatique échappe. — Cas où elle est reconnue, mais mal interprétée. — Division en type fébrile et en type cachectique apyrétique. — Le type fébrile est confondu avec l'angiocholite et surtout avec la tuberculose pulmonaire et intestinale. — Des diverses manières dont la dysenterie chronique peut simuler la tuberculose. — Le type cachectique apyrétique est confondu avec la dysenterie chronique simple, les cirrhoses, les kystes hydatiques, les cancers du foie et de l'estomac.

Le diagnostic des abcès tardifs est d'autant plus difficile que la dysenterie initiale est plus ancienne et partant, le souvenir plus lointain ; l'absence de diarrhée au moment de l'examen achève de dérouter,

mais sa présence peut aussi être mal interprétée. Et cependant, il est superflu de montrer la nécessité d'un diagnostic ferme et précoce : le traitement unique en dépend, et la vie du sujet est en jeu.

Malheureusement, l'erreur de diagnostic peut être complète : non seulement on ne reconnaît pas l'abcès hépatique, mais le foie n'est même pas incriminé à aucun titre. En effet, le malade n'accuse aucune douleur, et on ne constate pas d'hypertrophie du foie ; dans ces conditions, on conçoit aisément que la localisation hépatique échappe à l'observateur. Témoin l'observation IV de M. Josserand. Le sujet avait contracté la dysenterie sept ans auparavant, et depuis celle-ci s'était manifestée à de fréquentes reprises par des crises diarrhéiques ; la recrudescence de cette diarrhée dysentérique l'amena à l'hôpital : les selles étaient au nombre de dix à vingt par jour, et leur fréquence persista jusqu'à la mort. Aucune douleur n'était accusée du côté du foie, et la matité hépatique restait normale. La terminaison fatale ne se fit guère attendre et semblait suffisamment expliquée par cette dysenterie chronique grave prolongée. Cependant l'autopsie mit à découvert un abcès du foie du volume d'une orange. Cet abcès durant la vie avait passé inaperçu, ne manifestant sa présence par aucun signe clinique. L'idée d'un abcès du foie dans des cas semblables se présente difficilement à l'esprit ; l'examen fait pencher alors pour une autre affection, telle que la malaria ou la tuberculose pulmonaire, la dysenterie chronique simple ou l'entérite tuberculeuse.

D'autres fois, la *localisation hépatique* est reconnue mais alors on l'interprète mal. Cela arrive surtout lorsque les antécédents dysentériques remontent très loin et que les troubles intestinaux font défaut au moment de l'examen ou n'ont même jamais existé. Par suite de l'insuffisance des commémoratifs, du caractère fruste de la dysenterie, de l'évolution torpide de l'affection, l'erreur est presque inévitable. Toutes les maladies du foie sont passées en revue : l'alcoolisme du sujet appelle la cirrhose, sa cachexie le cancer, ses douleurs vives et répétées la lithiase biliaire. La seule hypothèse vraie, l'abcès, n'est pas faite : les renseignements incomplets et les symptômes intestinaux vagues ou nuls ne retiennent pas sur elle l'esprit de l'observateur.

Donc, le seul fait de l'existence ou non d'une localisation hépatique oriente déjà les erreurs de diagnostic dans des directions différentes.

La considération de la température permet de se placer à un point de vue différent et de diviser les cas en deux types : type fébrile d'une part, type cachectique apyrétique de l'autre.

TYPE FÉBRILE. — L'existence de fièvre fait surtout confondre l'abcès tardif avec l'angiocholite, la malaria et avant tout la tuberculose.

L'*angiocholite calculeuse* par sa courbe thermique (fièvre intermittente hépatique de Charcot), la tuméfaction et les douleurs du foie, possède quelques signes communs avec l'hépatite suppurée dysentérique ; mais ici les antécédents indiquent de nombreux accès

de coliques hépatiques, il existe de l'ictère et la vésicule biliaire est quelquefois grosse et facile à percevoir; l'erreur ne saurait donc être faite.

Les accès de fièvre peuvent laisser croire à de l'*impadulisme* (obs. VII) si l'on ne voit pas tout d'abord les trois stades de frisson, de chaleur et de sueurs; en outre leur cycle souvent très régulier (tierce, quarte, etc.) et la quinine comme pierre de touche trancheront la question.

La *fièvre typhoïde* pourrait en imposer au premier moment par l'état d'abattement des malades et les troubles intestinaux, si l'on n'était mis sur la voie par le mode de début (fatigue générale, épistaxis, insomnie, céphalée, etc.), la marche cyclique de la température, le caractère des déjections avec leur couleur jaune ocre, la douleur localisée à la fosse iliaque droite, et enfin au besoin, le séro-diagnostic.

Nous signalerons seulement la *pleurésie* et la *pneumonie de la base droite* qui ont quelques signes communs avec l'hépatite suppurée : matité anormale en arrière remontant plus ou moins haut, voussure et douleur au côté droit, dyspnée, diminution du murmure vésiculaire et toux. La différenciation est trop aisée pour insister; toutefois, il faut se rappeler que l'inflammation du foie peut se propager à la plèvre et déterminer ainsi des signes de pleurésie sèche.

Autrement fréquente est la confusion possible avec la *tuberculose pulmonaire*, laquelle est la véritable pierre d'achoppement. C'est en effet avec la tuberculose que les abcès tardifs du foie sont inva-

riablement confondus. S'il en fallait des preuves, nous n'aurions qu'à consulter nos observations.

Le malade de l'observation II fut adressé à M. Josserand avec le diagnostic de tuberculose pulmonaire.

L'erreur de diagnostic explique les pérégrinations variées du malade de M. Bouveret (obs. VII) : il quitte pour la montagne le littoral méditerranéen où il avait passé trois mois ; des douleurs thoraciques surviennent, et font croire à de la pleurésie sèche ; on lui conseille alors un climat moins froid ; il rentre enfin chez lui après avoir erré cinq mois (janvier-mai 1894) à la recherche d'une station propice. En juillet, la véritable affection est reconnue ; opéré aussitôt, la guérison devient définitive en octobre de la même année.

C'est aussi au soleil du midi, à Cannes, que le malade de M. Garand (obs. VIII) va demander le rétablissement de sa santé : il existait chez lui un amaigrissement notable, des sueurs nocturnes et des signes douteux au sommet gauche ; mais là-bas surviennent des phénomènes nouveaux dont le D^r X... fait part au praticien de Saint-Étienne ; celui-ci, au souvenir du travail de son confrère lyonnais, songe à un abcès du foie, fait de suite ramener le malade ; l'opération pratiquée amène une guérison parfaite demandée en vain à tous les soins hygiéniques.

Cette rectification du diagnostic à distance n'est-elle pas du plus haut intérêt ?

Non moins intéressant est cet autre rétablissement du véritable diagnostic opéré par M. Josserand lui-

même (obs. III) : reprenant possession de son service, il est arrêté au passage dans la salle des phthisiques par un malade qui se plaint d'une douleur au-dessous des fausses côtes droites, douleur si vive qu'elle le fait gémir et le prive absolument de sommeil.

En auscultant ce *soi-disant tuberculeux*, offrant la maigreur et l'aspect cachectique d'un sujet porteur de larges excavations, M. Josserand est frappé de la banalité des signes sthétoscopiques : quelques sibilances sans souffle, sans râles tant soit peu éclatants, sans signes non seulement d'excavation, mais d'induration pulmonaire. L'interrogatoire est précisé : le malade raconte qu'il a eu dix ans auparavant, aux colonies, une dysenterie bénigne qui dura huit jours et ne se manifesta jamais plus depuis lors. En présence de tels antécédents, d'un foie hypertrophié et douloureux, on laisse de côté l'idée de tuberculose pour poser le diagnostic d'abcès du foie. Ce dernier ne tardait pas à être justifié par la nécropsie, qui mettait au jour un vaste abcès de la face inférieure du volume des deux poings ; ce siège expliquait l'insuccès des ponctions opératoires pratiquées avant la mort. — Il était considéré encore comme tuberculeux ce malade de Rendu (obs. XII) qu'un médecin traita par la créosote en présence de l'anémie, de la maigreur, d'un peu de dyspnée et d'une toux persistante. Trois mois après, l'ouverture de l'abcès est pratiquée et tous ces symptômes disparaissent. — Un médecin diagnostique la tuberculose pulmonaire dans le cas de Lafourcade (obs. XX). — Le

malade de Routier (obs. X) vit sa santé décliner pendant six mois et fut considéré comme phthisique au troisième degré.

Ce simple exposé suffira, pensons-nous, pour montrer combien souvent les porteurs d'abcès tardifs du foie sont pris pour des tuberculeux parvenus en général à une période déjà avancée. La fréquence de cette erreur n'a rien qui puisse étonner quand on y réfléchit. Voilà un malade porteur d'un abcès du foie fruste : il maigrit, perd l'appétit, est miné par une fièvre hectique, a des sueurs nocturnes, des points de côté ; par inflammation de voisinage, il présente à la base droite des signes sthétoscopiques : râles, frottements, qui remontent quelquefois assez haut. La diarrhée est fréquente, mais les phthisiques n'en ont-ils pas ? Il y a de l'œdème des extrémités ? mais chez les phthisiques également. Il existe de la toux, de la dyspnée, voire même des hémoptysies. Une fois la vomique déclarée, le malade rend chaque jour de pleins crachoirs de pus couleur chocolat, qui donne l'impression d'un mélange intime du sang et de matière purulente ; la dyspnée augmente ; à ce moment l'auscultation laisse entendre du gargouillement, du souffle amphorique et la percussion peut donner le bruit de pot fêlé.

Si nous ajoutons que le facies est pâle, décharné, l'abattement profond, l'état cachectique extrême, nous aurons devant les yeux le tableau d'un tuberculeux avéré. Et cependant ce n'est pas le poumon qu'il faut incriminer : c'est le foie l'auteur de tout le mal ; là est le foyer de l'incendie qu'il faut éteindre pour avoir

quelques chances de sauver le reste de l'organisme. Un excellent moyen d'y parvenir sera de se conformer aux recommandations aussi cliniques qu'importantes de M. Josserand : 1° tout tuberculeux à symptômes et à signes tant soit peu anormaux, doit subir l'examen histologique et bactériologique de ses crachats ; 2° *toutes les fois qu'on a une lésion de la base du poumon droit, on doit penser à faire l'examen du foie.*

Ces précautions sont indispensables, car il est des cas où tout concourt à égarer le diagnostic, non seulement les symptômes physiques ou fonctionnels, mais même l'*étiologie* qui présente parfois des coïncidences bizarres. Le malade de l'observation III avait perdu son père et plusieurs frères et sœurs de tuberculose ; lui-même aurait toujours été enclin aux rhumes qui laissaient des bronchites prolongées. Celui de M. Garand (obs. VIII) avait perdu deux frères et une sœur de la même façon. Le malade de l'observation IV, pendant sa période intercalaire de sept ans, avait eu des hémoptysies.

Jusqu'ici nous n'avons envisagé que les cas où la dysenterie chronique simule la tuberculose par l'intermédiaire d'un abcès du foie ; mais, comme nous l'avons déjà vu, cette dysenterie peut déterminer une *infection primitive de l'organe respiratoire*, soit sous forme d'abcès, soit sous forme de bronchite purulente. Cette localisation première de l'infection simule à s'y méprendre la bacillose ; il suffit pour s'en convaincre de jeter un coup d'œil sur les deux faits observés par M. Josserand.

Dans le premier (obs. V), il s'agit d'un malade ayant contracté trois ans auparavant, en Algérie, une dysenterie grave qui guérit complètement au bout de deux ans. Il n'avait pas de diarrhée à son entrée et celle-ci ne revint que les derniers jours avant la mort (ce qui est la règle générale, comme nous l'avons vu au cours de notre travail).

Depuis plusieurs mois existaient de la toux et une expectoration purulente abondante; sur ces entrefaites survint un œdème malléolaire qui frappa le sujet et le décida à entrer à l'hôpital. Considéré comme phtisique, il fut placé dans la salle réservée où le trouva le chef de service. M. Josserand fut frappé de la coïncidence de signes sthétoscopiques banals avec une expectoration abondante couleur chocolat. Plus tard des signes amphoriques se manifestèrent à la partie moyenne du poumon gauche et s'accrochèrent dans les derniers jours. L'examen bactériologique des crachats avait été négatif. De son côté le foie paraissait augmenté de volume et la région hépatique portait la trace de ventouses scarifiées appliquées autrefois contre un accès d'hépatite. Cette dernière constatation jointe à l'expectoration couleur chocolat aurait pu faire croire à l'ouverture d'un abcès du foie dans le poumon gauche. Mais l'invraisemblance d'une telle hypothèse aurait permis plutôt d'admettre l'existence d'une excavation tuberculeuse, sans l'absence de bacilles de Koch. L'autopsie montre un abcès pulmonaire de la dimension d'une mandarine. On voit combien le diagnostic était difficile et la confusion possible avec la tuberculose.

Dans le second cas, la localisation pulmonaire primitive de la dysenterie (obs. VI) se traduit sous forme de bronchite purulente fébrile. Le malade avait eu au régiment (1895) une dysenterie qui dura six mois; elle disparut quatorze mois et revint en 1897 pour ne plus disparaître complètement. Ajoutons qu'il fut réformé pour tuberculose pulmonaire. Depuis plusieurs années existent des sueurs nocturnes, un amaigrissement considérable, de la diarrhée quotidienne. Les crachats qui au début étaient striés de sang, sont maintenant muco-purulents. Cependant on ne constate que des signes sthétoscopiques sans caractères précis : sibilances et ronchus disséminés. L'absence de bacilles de Koch fut constatée dans les crachats, de sorte qu'il est possible que ce malade, sorti non guéri du service, soit atteint d'une manifestation pulmonaire de sa dysenterie chronique tout en présentant les allures d'un tuberculeux.

TYPE CACHECTIQUE APYRÉTIQUE. — La fièvre, nous l'avons dit, peut manquer dans les abcès tardifs, déterminant le type cachectique apyrétique. Ce caractère prête à la confusion avec une série d'affections différentes de celles rencontrées dans le type précédent.

En premier lieu, on peut croire que le malade succombe à une *dysenterie chronique simple*, sans abcès du foie. L'observation IV en fournit un bel exemple. Le malade avait contracté sept ans auparavant, aux colonies, une dysenterie qui n'avait jamais complètement disparu, car il ne s'écoulait pas plus de

six mois sans quelques petits accès diarrhéiques. Deux à trois mois avant son entrée à l'hôpital, la diarrhée s'est aggravée, avec dix à vingt selles par jour, à caractères dysentériques; elle persistait à son arrivée, s'atténua un peu durant son séjour hospitalier pour subir une recrudescence les jours avant la mort. Il n'était accusé aucune douleur du côté du foie et la matité hépatique était normale. Le malade était arrivé à un état de faiblesse extrême et de cachexie complète.

En somme la mort était suffisamment expliquée par cette grave dysenterie chronique, sans avoir besoin de recourir à l'hypothèse d'un abcès du foie. Et cependant, à l'autopsie on découvrit une collection hépatique du volume d'une orange, qui était restée complètement silencieuse pendant la vie. Il faut donc devant une ancienne dysenterie qui récidive après plusieurs années, penser à la possibilité d'un abcès fruste du foie.

La *cirrhose alcoolique* peut d'autant mieux donner le change que les sujets sont tous plus ou moins entachés d'alcoolisme, mais elle a pour elle un début caractérisé par les petits signes de l'hépatisme, de l'ascite, le développement d'une circulation complémentaire, la diminution de volume du foie.

Dans la *cirrhose hypertrophique* l'ictère ouvre la scène ; le foie atteint d'énormes proportions et la rate est à peu près toujours hypertrophiée.

L'erreur serait plutôt faite avec un *hyste hydatique* (obs. XIII), si l'on ne se rappelait que celui-ci se traduit par une voussure lisse, rénitente plutôt que

vraiment fluctuante et parfois par le frémissement hydatique. En même temps existent des signes négatifs tels que rate normale, absence d'ascite, d'ictère, d'œdème des membres inférieurs. Un interrogatoire précis permettra peut-être de retrouver quelques-uns des signes du début signalés par Dieulafoy : poussées d'urticaire, dégoût marqué pour les matières grasses, douleur à l'épaule droite, développement d'une pleurésie droite.

Le *cancer secondaire du foie* peut être incriminé par suite du profond état cachectique des sujets. Dans ce cas, la diathèse cancéreuse s'est déjà manifestée sur un autre organe, ce qui éveille l'attention. De plus la surface du foie est bosselée, marronnée, l'ictère existe dans la moitié des cas et l'ascite est fréquente; ajoutons que l'évolution est rapide et ne dépasse guère six à huit mois. Le cancer primitif, fort rare donne au foie une dureté ligueuse, et la rapidité de développement de l'hypertrophie hépatique est remarquable.

Cette cachexie apyrétique des porteurs d'abcès tardifs peut laisser croire également à un *cancer de l'estomac*. Dans les deux cas, en effet, existent des vomissements, une grande maigreur et de l'œdème des extrémités. Les signes qui mettront sur la véritable voie sont, indépendamment de l'âge déjà avancé du malade : le début par des troubles dyspeptiques, la douleur siégeant au creux de l'estomac, les hématomèses ou le méloëna, enfin la perception d'une tumeur à la région épigastrique. N'oublions pas qu'il peut coexister un cancer secondaire du foie, et que

l'augmentation de volume de ce dernier organe devra ainsi être rapportée à sa véritable cause.

Quant à la *syphilis* et à la *tuberculose hépatique*, elles sont diagnostiquées par les antécédents personnels du malade et les accidents que présentent les divers appareils.

Dans tous les cas, on se basera sur un interrogatoire minutieux du patient sans craindre de scruter trop à fond son passé, sans oublier que les antécédents peuvent être lointains (jusqu'à dix et quinze ans) et presque effacés du souvenir. Il faut remonter jusqu'à la source pour reconnaître la véritable nature du mal ; faute de commémoratifs suffisants, on s'expose à commettre une erreur qui entraîne une perte de temps précieux et diminue les chances de salut du sujet.

CHAPITRE VIII

Pronostic. — Prophylaxie. — Traitement.

PRONOSTIC. — Abandonnés à eux-mêmes, les abcès tardifs du foie ont une terminaison fatale : les sujets succombent dans un marasme complet. Cependant si le pus parvient à se frayer une route au dehors par les bronches ou l'intestin, la guérison peut en résulter. M. Josserand insiste sur la tendance naturelle de ces abcès à s'ouvrir dans les bronches : il a observé le fait dans deux cas (obs. I, II). Mais cette terminaison ne paraît pas avoir de suites bien favorables. En effet, chez le malade de l'observation II, on dut recourir néanmoins à une intervention, et l'amélioration ne devint réellement manifeste que lorsque la collection se fut ouverte dans l'intestin.

Après sa vomique, le malade de Berger (obs. XI) conserva un état général grave et la fièvre jusque-là absente, atteignit 38°5. L'expectoration abondante de

pus hépatique ne soulageait pas non plus le malade de M. Bouveret (obs. VII); l'intervention chez lui fut suivie d'un état inquiétant qui dura jusqu'à l'évacuation du pus par l'intestin; alors seulement l'amélioration se dessina nettement pour aboutir finalement à la guérison. Il résulte de ces faits cliniques que la vomique est loin d'indiquer toujours une issue heureuse, puisque la situation n'en continue pas moins à rester dangereuse. Par contre, l'ouverture de la collection hépatique dans l'intestin semble être suivie de guérison à échéance plus ou moins longue. Il faut donc opérer malgré la vomique : l'intervention permettant de prolonger le malade jusqu'à l'ouverture spontanée dans l'intestin.

Relativement aux *cas opérés*, le pronostic paraît des plus favorables, si nous nous en rapportons à la petite statistique que peuvent nous fournir nos observations. Sur quatorze cas opérés, dix l'ont été avec succès (obs. II, VII, VIII, XI, XII, XIII, XVI, XVII, XVIII, XX), quatre autres ont été suivies de la mort à brève échéance (obs. III, XIV, XV, XIX). Donc, dans plus de la moitié des cas, les malades ont bénéficié de l'intervention. La proportion serait encore plus élevée, si le pronostic n'était pas assombri par de mauvaises conditions.

C'est le cas avec une *cachexie trop avancée*, telle que le présentait le malade de l'observation III : « Il était si cachectique qu'on pouvait se demander s'il supporterait une opération ». De même pour cet autre malade de l'observation XIV qui était « très anémié, très faible ».

D'autres fois, les *lésions dysentériques intestinales* sont trop accentuées et le malade meurt alors de dysenterie. Il est probable que si l'opération avait été pratiquée dans l'observation IV, la mort, suffisamment expliquée par la dysenterie, n'en serait pas moins survenue, car tout le gros intestin était couvert d'ulcérations.

Le mauvais siège de l'abcès le rendant inaccessible rend le pronostic fatal. Cette condition était réalisée en même temps que la première dans l'observation III de M. Josserand : un vaste abcès de la face inférieure du foie expliquait l'insuccès des multiples ponctions pratiquées au cours de l'opération sur la face convexe de l'organe.

Enfin, la *multiplicité des abcès* est, on le conçoit, on ne peut plus défavorable. Le danger vient non seulement de l'impossibilité où se trouve l'opérateur de les ouvrir tous, mais encore de leur nature septique opposée à la nature dysentérique du gros abcès unique à pus stérile.

Dans l'observation XV la mort survint malgré l'issue au-dehors d'un bon litre de pus et la nécropsie montra, outre l'abcès qui avait été ouvert, huit abcès superficiels sur la face concave, dix sur la face convexe et d'autres plus petits dans les coupes du foie : en tout dix-neuf abcès principaux. Le malade de Murchison (obs. XIX) succomba malgré « dix-huit onces de pus retiré par aspiration », et l'autopsie révéla des abcès multiples, le principal siégeant à la face inférieure. Cependant la multiplicité ne doit pas toujours faire désespérer si l'on en juge par le cas

curieux de Richelot (obs. XIII) où trois abcès furent successivement opérés et la guérison finalement parfaite.

PROPHYLAXIE. — La prophylaxie des abcès tardifs consiste à ne pas négliger les troubles intestinaux, si légers soient-ils, de la période intercalaire. Le fait de l'existence de petits accès diarrhéiques si bénins qu'ils n'obligent pas à suspendre le travail prouve que la guérison de la dysenterie n'est qu'apparente. Il suffira d'une imprudence, d'un écart de régime, d'un excès quelconque pour aggraver cette diarrhée insignifiante. En tout cas le traitement de l'entérite chronique s'impose : c'est la véritable prophylaxie, le seul moyen d'éteindre le feu qui couve sous la cendre et de prévenir de graves complications viscérales.

Nombreux sont les moyens préconisés contre la dysenterie chronique. Nous n'entreprendrons pas ici de les décrire : nous ne ferions forcément qu'une répétition banale des auteurs classiques. Sans parler de la révulsion cutanée sur l'abdomen dont se louait Desgenettes, disons seulement que le véritable traitement consiste dans l'action locale sur la muqueuse intestinale sous forme de lavements qui seront, suivant les cas, soit cathérétiques, soit astringents ou désinfectants ou simplement émollients. A ces moyens s'ajoutent les purgatifs salin à petite dose : sulfate de soude, sulfate de magnésie (cinq à dix grammes). La série des antiseptiques intestinaux trouve aussi ses indications.

Mais si la thérapeutique est chose utile et souvent

nécessaire, elle n'en cède pas moins le pas, dans la prophylaxie des abcès du foie, au régime et à l'hygiène. L'alimentation est un élément capital dans la dysenterie chronique. A ce point de vue le régime lacté, comme l'ont établi de nombreux travaux (1), tout en assurant les matériaux nécessaires à la nutrition, demande peu de travail d'élaboration à l'appareil digestif affaibli. C'est aussi un excellent moyen à opposer au développement des germes dans l'intestin. Mais il ne faut pas tomber dans l'écueil qui consiste en l'administration d'une quantité trop considérable de lait.

Il est bon, comme le conseille Maurel, de ne donner tout d'abord qu'un litre et demi en vingt-quatre heures et d'augmenter d'un demi-litre tous les jours pour arriver à la dose maximum de trois litres. L'administration doit se faire régulièrement et par petites quantités. Si le lait est mal toléré, on peut le couper soit avec l'eau de chaux, soit avec l'eau de Vichy. Graduellement on arrive à la période du régime mixte : au lait pris en petite quantité s'ajoutent des aliments de digestion facile. Et ainsi peu à peu le malade en arrive à un régime qui sera normal tout en étant choisi : seul l'usage du pain, du vin et des légumes verts sera très restreint.

Dans tous les cas les principes d'une sage hygiène seront observés : absence d'excès alimentaires et alcooliques, emploi d'une ceinture de flanelle, suppression de toute cause de refroidissement.

(1) Th. de Bezien, Paris, 1873 ; Clavel, 1873 ; Eysautier, Paris, 1880. — Maurel. *Bull. gén. de thérap.*, mars 1887. — Dujardin-Beaumetz. *Des aliments complets et du régime lacté*, *Ibid.* 1886, juillet.

Ainsi compris le traitement de l'entérite chronique hâtera la cicatrisation des plaies intestinales, fermera la porte d'entrée aux germes pathogènes et si la vitalité du tissu hépatique est encore suffisante, le foie bénéficiera de l'amélioration sinon de la guérison de l'intestin.

TRAITEMENT. — Dès que la collection du pus s'est formée et que le diagnostic d'abcès du foie s'impose par les antécédents du malade, les troubles intestinaux anciens et le mauvais état général, l'intervention chirurgicale doit alors être pratiquée sans retard. Les abcès en effet abandonnés à eux-mêmes se terminent infailliblement par la mort.

Nous n'avons pas à apprécier ici la méthode de Stromeyer-Little, employée dans les abcès précoces où la collection est généralement bien limitée, ce qui rend la recherche du pus plus aisée.

Dans les cas qui nous occupent où le siège de l'abcès est des plus difficile à préciser, une laparotomie préalable permettra tout d'abord de se rendre compte de l'aspect du foie et d'éloigner l'hypothèse de cancer ou d'angiocholite. Des ponctions successives avec un trocart permettront de tomber sur le foyer purulent et serviront ainsi d'indication au lieu de l'incision. Il est des cas cependant où le pus se dérobe à l'opérateur. L'insuccès des ponctions pratiquées sur la convexité du foie d'un malade de M. Josserand fut expliqué par la présence d'un vaste abcès à la face inférieure de l'organe. L'existence du pus une fois reconnue, une large incision du tissu hépatique mettra

au jour la collection purulente. La pénétration du pus dans le péritoine n'a pas toujours l'innocuité signalée par Peyrot et Veillon et due à la stérilité de l'abcès ; car Ramonet, Véron, Mac Léod (1) ont accusé des cas de péritonite consécutive.

En tout cas, il est d'une importance capitale de ne pas retarder l'intervention ; il ne faut pas attendre en effet que le malade soit tombé dans un état de marasme et de cachexie qui le place dans de mauvaises conditions opératoires et lui enlève souvent la seule chance de salut qui lui reste. Ajourner l'opération, c'est en outre laisser au foyer le temps de s'ouvrir dans le poumon, et alors de créer un foyer d'infection secondaire qui déterminera une véritable septicémie. Lorsque la vomique est survenue, indiquant une ouverture dans les bronches, l'intervention reste indiquée si l'état général le permet ; on a vu dans ce cas l'incision être suivie d'une amélioration notable et parfois même d'une guérison complète (obs. II, VII, XI).

En résumé, si le traitement de l'entérite chronique n'est pas parvenu à éviter les accidents hépatiques, le traitement chirurgical reste la seule ressource du praticien et l'unique espoir du malade.

(1) Ramonet. *Arch. de méd. et de ph. mil.*, mai, 1881, p. 321.
Véron. *Observ. d'hépatotomie*, 1882 (cité par Mabboux). Neil Mac Leod. *Brit. med. Journal*, nov. 1880.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Résumé tiré du travail de M. le Dr E. Josserand.)

Dysenterie contractée sept ans auparavant. — Période intercalaire marquée par des signes d'hépatite sans troubles intestinaux. — Vomique.

M. le Dr E. Josserand, étant chef de clinique de M. le professeur Bondet, vit arriver un jour dans le service un homme d'un certain âge, ayant contracté sept à huit ans auparavant dans les colonies une dysenterie dont il n'avait plus souffert depuis cette époque, bien qu'il eût continué pendant quelques années à habiter les pays tropicaux. Mais il lui était arrivé trois ou quatre fois de s'aliter pendant une vingtaine de jours en présentant de la fièvre, une douleur au niveau de l'hypochondre droit et une série de symptômes qui avaient toujours fait penser à une hépatite.

Rentré en France depuis quelques années, c'était pour une de ces rechutes qu'il entra à l'hôpital. De fait, le foie était gros, débordant les fausses côtes, douloureux à la pression, la température était élevée, l'état général mauvais, et il n'existait aucune autre localisation. A cause de l'absence depuis sept ou huit ans des symptômes intestinaux, nous hésitions à porter le diagnostic d'hépatite non sup-

purée pour les attaques précédentes et d'abcès du foie pour l'affection actuelle, lorsque le malade présenta un matin une grosse vomique dont l'origine hépatique ne pouvait être méconnue.

OBSERVATION II

(Résumé tiré du travail de M. le Dr E. Josserand.)

*Dysenterie ancienne. — Diagnostic primitif de tuberculose pulmonaire.
— Vomique. — Opération. — Guérison.*

Ce cas concerne un jeune homme adressé à M. le Dr E. Josserand, avec le diagnostic de tuberculose pulmonaire, diagnostic que nous retrouvons d'ailleurs dans la plupart des observations. La vomique avait déjà eu lieu ; le malade, dont la dysenterie remontait aussi assez loin, expectorait du pus couleur chocolat, la maigreur était extrême, les jambes oedématisées, l'état général si mauvais, qu'on hésita à se décider à une intervention chirurgicale. L'opération eut lieu cependant et fut suivie d'une grande amélioration. Plus tard survinrent des signes non douteux d'ouverture de l'abcès dans l'intestin, après quoi la santé s'améliora encore, pour arriver jusqu'à la guérison définitive.

OBSERVATION III

(Due à M. le Dr E. Josserand.)

Dysenterie bénigne contractée dix ans auparavant. — Absence totale de diarrhée durant la longue période intercalaire mais douleur répétée, au niveau du foie. — Diagnostic primitif de tuberculose. — Opération. — Autopsie : lésions intestinales dysentériques anciennes.

P. F..., âgé de 36 ans, tenturier, entre le 21 juin 1895 à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Saint-Eucher. L'observation prise pendant mon absence conclut au diagnostic : tuberculose pulmonaire. Ce malade était en effet assez

cachectique et présentait une température irrégulière, oscillant entre 38° et 39°. Père mort de tuberculose, plusieurs frères et sœurs ayant succombé à la même affection. Ce malade a toujours été enclin aux rhumes, qui laissaient chez lui des bronchites prolongées. Impaludisme dans les antécédents.

Le malade faiblit et s'amaigrit depuis deux mois ; il n'a jamais eu d'hémoptysie. La toux est sèche, l'expectoration n'est pas purulente, mais séreuse, comme pituiteuse.

Il n'y a jamais eu de diarrhée (notons en passant ce détail formellement consigné). Il croit n'avoir eu de la fièvre que depuis huit jours ; en tous cas son état qui laissait à désirer depuis quelques mois s'est aggravé à cette époque et depuis ce moment il se plaint d'un point douloureux dans le côté droit. Aux poumons, on note, dit l'observation, de la submatité sous la clavicule droite avec une inspiration obscure et des sibilances expiratoires ; pas de râles muqueux. A gauche, submatité au sommet en avant et en arrière, pas de râles muqueux.

Le 2 juillet, je reprends possession de mon service. Le malade m'arrête au passage pour se plaindre d'une douleur au niveau et au-dessous des fausses côtes droites, douleur si vive qu'elle le fait gémir et le prive absolument de sommeil. En auscultant ce soi-disant tuberculeux, offrant la maigreur et l'état cachectique d'un sujet porteur de larges excavations pulmonaires, je suis frappé de la banalité des signes sthétoscopiques ; quelques sibilances sans souffle, sans râles tant soit peu éclatants, sans signes non seulement d'excavation, mais d'induration pulmonaire. Revenant alors à l'examen de l'hypochondre droit, si douloureux au dire du malade, nous trouvons cette région soulevée, offrant une légère voussure et très sensible à la palpation. Des fausses côtes à l'ombilic, cette légère voussure douloureuse est à la percussion d'une matité absolue. C'est évidemment au foie que nous avons affaire. Le malade souffre également en arrière au niveau des dernières côtes, où l'on trouve aussi une zone de submatité sans que l'auscultation y décèle ni râles, ni frottements pleuraux. La cyrtométrie pratiquée au niveau des fausses côtes donne deux centimètres et demi en faveur du côté droit.

Nous trouvant en face d'un malade atteint d'une cachexie fébrile sans localisation pulmonaire avec un foie hypertrophié et douloureux, nous pensons à l'abcès du foie et nous l'interrogeons au point de vue de la dysenterie. Il nous apprend alors qu'il a eu il y a dix ans, aux colonies, une dysenterie bénigne, qui ne dura que huit jours. Nous lui demandons si depuis cette époque il a eu des douleurs hépatiques ou de la diarrhée. Le malade, si cachectique qu'on a de la peine à l'ausculter et qu'il répond difficilement aux questions qu'on lui pose, dit que depuis son rapatriement il a senti souvent, au moindre surmenage, des douleurs dans le côté droit. Quant à la diarrhée, il ne nous la signale pas ; il n'en était assurément pas atteint à son entrée dans le service, le fait est expressément noté, et l'interne nous dit qu'il l'a soigneusement interrogé à ce sujet, pensant à la possibilité d'une dothiéntérie ; enfin, la sœur nous rapporte que, sauf depuis quelques jours où il y a quelques selles liquides, il s'est constamment plaint de constipation et qu'il avait fallu plus d'une fois lui donner des lavements laxatifs.

Le malade était si cachectique qu'on pouvait se demander s'il supporterait une opération ; nous la conseillâmes cependant, et elle fut pratiquée le lendemain par notre ami le Dr Vallas. Une laparotomie découvre le lobe gauche du foie, qui apparaît un peu bombé. On y pratique successivement cinq ponctions avec un trocart explorateur, aucune ne ramène du pus. Une incision transversale conduit alors sur le lobe droit qu'on ponctionne sans plus de succès : une de ces ponctions donne lieu à une hémorrhagie qu'on arrête facilement par la compression. On juge prudent de s'en tenir là, et le malade est reporté dans son lit sans qu'on ait pu confirmer le diagnostic.

Le lendemain 4 juillet, on le trouve presque en collapsus, les extrémités froides et souffrant toujours beaucoup au niveau de la région hépatique. Conjonctives subictériques. Hoquet.

Depuis cette époque jusqu'au 28 juillet, jour du décès, le malade resta dans cet état lamentable, avec un facies de plus en plus terreux et une maigreur squelettique. Diarrhée fétide, abondante, se renouvelant toutes les deux ou trois

heures. La plaie opératoire se comporte régulièrement, le pansement est chaque fois traversé par une abondante sécrétion de bile.

Nécropsie. — Vaste abcès de la face inférieure du foie, ce qui explique l'insuccès des ponctions pratiquées sur la convexité de l'organe ; la cavité en est très grande, presque à loger les deux poings ; la paroi inférieure est constituée par une mince bande de tissu hépatique. La surface interne de l'abcès est tomenteuse, hérissée de franges et creusée de vacuoles. Dans le lobe gauche, au centre du foie, on constate un second abcès de la grosseur d'une mandarine ; enfin à la coupe, plusieurs petits abcès du volume d'un pois.

Le gros intestin paraît enflammé, même à l'examen de sa surface péritonéale, qui est injectée et recouverte de plaques de fibrine. La surface muqueuse est recouverte de nombreuses ulcérations, de dimensions diverses et assez régulièrement réparties depuis le côlon descendant jusqu'au cœcum. Deux de ces ulcérations sont très larges, presque du diamètre d'une pièce de cinq francs ; l'une siège sur le côlon ascendant, l'autre sur le côlon descendant : leurs bords sont taillés à l'emporte-pièce ; leur fond est grisâtre, sanieux, leurs bords décollés ; elles éveillent l'idée de lésions anciennes.

Même apparence sur le cœcum, où les ulcérations sont confluentes et qui n'est qu'une vaste plaque sanieuse et purulente. Puis, sur tout le gros intestin, on trouve des plaques plus petites au nombre d'une dizaine, de la dimension d'une pièce de un franc et offrant les mêmes caractères. Enfin, à travers ces ulcérations de grosse et moyenne dimensions, sont parsemées des lésions de troisième ordre, d'aspect plus récent, et ressemblant à des boutons d'acné ouverts à leur sommet.

Aucune lésion tuberculeuse.

OBSERVATION IV

(Due à M. le D^r E. Josserand.)

Dysenterie datant de sept ans. — Fréquents accès diarrhéiques dans la période intercalaire. — Mort suffisamment expliquée par la dysenterie. — Abscès du foie passé inaperçu.

L. J..., âgé de 29 ans, employé, né à Lyon, entre le 4 juin 1899 dans le service de M. le D^r E. Josserand, salle Saint-Just, envoyé par M. le D^r Paviot comme atteint de diarrhée incoercible. Il n'a pas d'antécédents héréditaires. Lui-même a toujours été bien portant jusqu'à son départ pour l'armée. On ne trouve aucun signe de scrofule dans son enfance. Ni syphilis, ni alcoolisme.

En 1890, il part comme militaire au Tonkin, puis en Annam et en Cochinchine ; il fait dans ces colonies un séjour de vingt-sept mois. Pendant les deux premières années, en 1890 et 1891, la santé reste bonne, sans fièvre paludéenne, ni diarrhée.

Au commencement de 1892, il fut pris brusquement de coliques violentes. Pendant deux mois il eut plus de vingt selles par jour, dysentériques, avec râclures de chair, matières graisseuses et sanglantes, ténésme et douleurs vives. Cependant il n'interrompit son service que huit jours, n'entra pas à l'infirmerie mais fut soigné à la chambre. A ce moment il eut de la fièvre, mais sans caractères nets de fièvre intermittente ; jamais d'ictère ni d'hématurie.

En 1892 il rentra en France, et durant cette année la diarrhée, qui n'avait jamais complètement cessée, fut peu accentuée ; l'année (1893) suivante, elle fut plus intense et obligea le malade à faire un séjour à l'hôpital de la Croix-Rousse, dans le service de M. le D^r Chappet. A ce moment ce n'était plus des selles dysentériques typiques, mais de la diarrhée, les matières renfermant pourtant quelques glaires et un peu de sang ; dix à douze selles en vingt-quatre heures ; en outre existaient de la toux et des hémoptysies.

De 1893 à 1899, l'état a été satisfaisant; néanmoins, il ne s'écoulait jamais plus de six mois sans que le malade ne prît quelques petits accès diarrhéiques qui ne l'obligeaient pas, du reste, à suspendre son travail. La toux avait disparue et aucun crachement de sang n'était survenu depuis le séjour à la Croix-Rousse. Il y a deux à trois mois la diarrhée s'est aggravée, se traduisant par dix à vingt selles par jour, liquides, verdâtres, avec quelques lambeaux muqueux et des caillots de sang noirâtre et accompagnées de vomissements. L'amaigrissement fit de rapides progrès et en peu de temps le sujet arriva à l'état cachectique avancé qu'il présentait à son entrée; il prétend avoir maigri de six à huit kilogrammes depuis deux mois. L'abdomen n'est pas rétracté; il existe seulement un peu de douleur à la pression sur le trajet du gros intestin. La matité hépatique ne semble pas augmentée; elle ne dépasse pas le rebord des fausses côtes sur la ligne mamelonnaire. Le foie est parfois un peu douloureux mais sans douleur vive nettement localisée. Aux poumons, la respiration et la sonorité sont normales aux deux sommets. On note un léger œdème des jambes et du scrotum. Les urines renferment un disque épais d'albumine. La température à l'entrée est de 38° le soir, 37°5 le matin.

7 juin. — La fièvre se maintient autour de 38°. L'œdème malléolaire est assez prononcé.

La matité hépatique est normale et la rate n'est pas hypertrophiée. Le ventre est ballonné, douloureux à la pression. Il semble y avoir un léger flot et dans le flanc gauche, en un point très limité, un peu de bruit hydroaérique. L'auscultation laisse entendre quelques sibilances sans caractères dans toute la hauteur du poumon droit; la base du même côté sonne un peu moins bien que celle du côté opposé. Le 9 juin, la fièvre est nulle.

13 juin. — Le malade continue à avoir des vomissements verdâtres. L'abdomen est ballonné, un peu douloureux avec, en somme, des signes de péritonisme. Cependant la fièvre est tombée, il n'y a plus que trois selles par jour. Cet état se maintient les jours suivants.

Mais le 18 les selles redeviennent fréquentes, sanguinolentes, sans avoir pourtant le caractère nettement dysentérique. On songe un moment à la possibilité d'un abcès du

foie, mais la matité hépatique est normale, et c'est à peine si on réveille une légère douleur par la pression au niveau des dernières côtes. La cachexie s'accroît de plus en plus et le malade succombe le 21 juin.

Nécropsie. — Elle révèle l'existence d'un abcès du foie. Cet organe est adhérent au diaphragme et on a de la peine à rompre cette péri-hépatite. On est frappé de suite par son aspect bizarre. A droite, la convexité est lobulée, ficelée par suite de tubérosités grosses comme le pouce. A la section, cette partie ficelée montre des travées fibreuses se dirigeant du côté gauche de la glande. On fait une série de coupes antéro-postérieures de droite à gauche, qui tombent toujours sur des travées fibreuses; enfin, sur la partie moyenne, la coupe met au jour un abcès du foie du volume d'une orange. Cet abcès, rempli d'un pus épais, crémeux, siège sur la partie convexe et postérieure du foie, sur la moitié postérieure de la face supérieure; il n'aurait pas été abordable par la voie abdominale, même sans les adhérences hépatico-diaphragmatiques qui existaient. Les parois de l'abcès sont lisses.

A la coupe, le tissu hépatique est doublé d'une coque épaisse comme le doigt, coque fibreuse d'un blanc jaunâtre et d'où partent les travées qui, à l'extrémité droite, donnaient à l'organe l'apparence ficelée. C'est donc un abcès certainement très vieux, peut-être aussi ancien que les ulcérations intestinales, malgré les périodes de santé relativement bonne du sujet. Le foie, vidé de son abcès, pesait 1 kil. 610.

Tout le gros intestin est ulcéré à partir de 10 centimètres au-dessus de l'anus. Ces ulcérations varient de la grosseur d'une pièce de cinquante centimes à celle d'une lentille et sont assez confluentes; elles vont jusqu'à la musculature qu'on aperçoit au fond, pâle, comme infiltrée, œdématiée. Il n'existe pas de réaction inflammatoire ni dans le fond, ni sur les bords, et on a l'impression de vieilles ulcérations atones. Par places, la muqueuse intermédiaire aux ulcérations est pâle, comme infiltrée; en d'autres endroits, elle est fortement injectée, vascularisée, et il en est ainsi jusqu'au cœcum. L'intestin grêle et l'estomac sont normaux.

Dans l'abdomen existe un litre environ de liquide, mais sans inflammation péritonéale.

A la base droite on trouve de nombreuses adhérences de la plèvre avec le diaphragme, séparées par un peu de liquide.

Rate un peu grosse : 260 grammes.

Les reins pèsent respectivement 200 et 220 grammes.

Le cœur est petit, pâle, décoloré et pèse 190 grammes seulement; c'est le cœur d'un phthisique.

OBSERVATION V

(Due à M. le Dr E. Josserand.)

Dysenterie chronique fruste datant de trois ans. — Accès d'hépatite vomiques. — Nécropsie : abcès pulmonaire, lésions intestinales dysentériques.

J.-B..., âgé de 29 ans, chauffeur, né à Saint-Etienne, n'a pas d'antécédents héréditaires; lui-même dans sa première jeunesse a joui d'une bonne santé. Pas de syphilis. Il a fait la plus grande partie de son service militaire en Algérie. Trois mois après son arrivée dans ce pays (1895), il a été pris de dysenterie qui, peu accusée au début, est arrivée au bout de deux mois à la période des selles sanguinolentes s'accompagnant de congestion du foie avec ictère, et l'obligeant à entrer une première fois à l'hôpital, où il resta un mois et demi. C'est à ce moment qu'on lui aurait appliqué un vésicatoire entre les deux épaules, en raison d'une douleur vive au niveau de l'épaule droite.

Renvoyé au corps, il dut s'aliter à nouveau presque immédiatement et retourna bientôt à l'hôpital avec le diagnostic d'hépatite aiguë. Il y séjourna trois mois : des pointes de feu et des ventouses scarifiées dont on voit encore les traces furent appliquées à la région hépatique; plusieurs ponctions auraient été faites mais sans résultat. Envoyé en convalescence pendant quatre mois (1896), aux îles Sainte-Marguerite, il se remit complètement de sa

diarrhée et ne ressentant plus au niveau du foie qu'une douleur sourde, il retourna en Algérie où il dut, avant la fin de son séjour, entrer encore un mois à l'hôpital.

Libéré au mois de mai 1897, il rentra en France et se croyait complètement guéri, n'éprouvant plus aucun malaise ; ce n'est qu'au mois de novembre de la même année qu'il fut pris d'une diarrhée non dysentérique qui dura un mois et guérit.

Au mois de janvier 1898, alors que le malade était chauffeur sur les bateaux, il se mit à tousser et à avoir une expectoration muco-purulente relativement peu abondante. Deux mois après survint un accident qui semble avoir été une vomique ; en très peu de temps, le sujet aurait expectoré la valeur d'un crachoir. Depuis l'expectoration était restée abondante et le patient raconte lui-même qu'elle augmentait de fréquence et d'abondance lorsqu'il était obligé de pencher le corps à droite. Cependant l'état général était resté relativement bon, sans amaigrissement marqué, ni perte des forces, avec seulement quelques troubles de la digestion sans vomissements. La toux et l'expectoration persistant, en même temps qu'un œdème des pieds étant survenu, décidèrent le malade à entrer à l'hôpital Saint-Pothin. Pris pour un phthisique, il fut envoyé dans la salle des tuberculeux où M. le Dr E. Josserand le trouva le 8 août 1898.

L'abdomen est un peu tendu et ballonné, mais sans douleur à la palpation même profonde sur tout le trajet du gros intestin. Le malade raconte que depuis son retour d'Algérie, il lui est arrivé d'avoir de la dysenterie à différentes reprises pendant un ou deux jours. Actuellement la diarrhée a complètement disparu et le malade va régulièrement à la selle.

Le foie paraît augmenté de volume. La région hépatique est endolorie et la palpation en est un peu douloureuse sans localisation précise ; il n'y a pas d'ictère. La rate n'est pas augmentée de volume.

• Aux poumons, la sonorité et la respiration sont normales aux deux sommets en avant et en arrière ; la toux ne révèle aucun bruit surajouté. En arrière, aux deux bases s'entendent quelques sibilances rudes et quelques râles crépitants. Malgré cette absence de signes stéthoscopiques, le malade

a une expectoration abondante de coloration rougeâtre telle que peut la donner un mélange intime de pus et de sang. La dyspnée est insignifiante. La température oscille entre 38° et 39°. L'examen bactériologique du pus de vomique, pratiquée le 10 septembre, le montre formé principalement de gros blocs fibrineux et de très nombreux leucocytes, mais *sans bacilles de Koch*.

10 octobre. — En arrière existe une matité de trois travers de doigts à la base droite, sans matité pathologique sur la ligne axillaire ou en avant où la matité hépatique commence au cinquième espace. Le malade accuse de la douleur à la pression dans l'hypochondre droit. A la base gauche on trouve une matité de la largeur de la main et à laquelle correspondent des râles très serrés et très fins. On remarque également à la même époque que lorsqu'on fait coucher le malade sur le côté droit, on voit apparaître une expectoration abondante donnant l'impression d'une vomique.

27 octobre. — On constate la prédominance marquée des signes sthétoscopiques dans le poumon gauche; la respiration est obscure tandis qu'elle s'entend beaucoup mieux à la base droite. De plus, la partie moyenne du poumon gauche, à peu près au niveau de l'épine de l'omoplate en avant et en arrière, présente par intervalles des signes amphoriques (timbre creux de la toux et de la voix, tintement métallique), surtout accusés pendant l'expectoration. Sur toute la hauteur du poumon gauche, en avant le murmure respiratoire est diminué; il en est de même en arrière. Malgré ces signes de pneumothorax, il n'existe pas de bruit d'airain, ni de succession hippocratique. D'ailleurs tous ces symptômes sont passagers; on les perçoit d'une façon très intermittente et très fugitive. En somme, contre l'idée d'un pneumothorax gauche, il y a malgré l'existence de toux amphorique et de tintement les considérations suivantes : 1° pas de bruit d'airain, pas de succussion hippocratique; le bruit amphorique siège en arrière au niveau du tiers moyen du poumon, alors qu'au tiers inférieur on a le rythme respiratoire normal et des râles muqueux; 2° inconstance des bruits amphoriques, conservation des vibrations en arrière et en bas; 3° quant au timbre un peu tympanique

sous la clavicule gauche il s'expliquerait pas du skodisme.

Le malade a toujours une fois par jour une toux quinteuse pendant laquelle il vomit à flots un plein crachoir d'expectoration couleur chocolat.

Le 8 novembre on ne retrouve pas les signes cavitaires. Les jours suivants on fait deux ponctions au niveau des signes cavitaires, mais elles sont négatives. Comme l'expectoration est moins abondante et que le malade se sent mieux, il quitte le service le 14 novembre. La température oscillait entre 37° et 38°.

Il revient dix jours après (24 novembre 1898), très cachectique, avec de la dyspnée, de l'œdème des jambes; les signes sthétoscopiques sont plus accentués, en particulier les bruits amphoriques sont devenus plus intenses. On pratique sans résultat le 3 décembre une ponction au niveau des signes cavitaires. La diarrhée revient, les selles peu abondantes (sept à huit par jour) renferment un peu de sang et s'accompagnent de ténesme et de faux besoins.

Le 5 décembre, une ponction faite au niveau de la pointe de l'omoplate donne issue à un liquide couleur chocolat de même nature que celui de l'expectoration. Le malade se décide à une intervention chirurgicale, et le 9 décembre l'opération est pratiquée par M. le Dr Vallas. Une incision est pratiquée dans le septième espace sur la ligne axillaire; on résèque une côte. Les tissus intercostaux incisés, un flot de pus chocolat, semblable à celui qu'expectorait le malade, jaillit de la plaie; à chaque inspiration on entend un bouillonnement, et à chaque expiration une colonne d'air mélangé au pus le chasse au dehors en éclaboussant les assistants. Évidemment la poche est pleurale et communique avec les bronches. En effet, quand l'abcès est suffisamment évacué, on aperçoit au fond de la plaie le poumon rétracté et le liquide sourdre à chaque expiration et surtout à chaque secousse de toux d'une fistule pulmonaire très apparente.

La mort survient le 12 décembre.

Nécropsie. — L'abcès pleural est vide, et le poumon rétracté présente la fistule observée au cours de l'opération. A la coupe du poumon, on voit que cette fistule communique avec une cavité intra-pulmonaire, siège primitif de

l'abcès, lequel ne s'est évidemment rompu dans la plèvre que pendant les jours qui ont précédé la rentrée du malade à l'hôpital (fin novembre). A cet incident se rattache vraisemblablement et l'exagération des signes amphoriques et l'aggravation rapide de l'état général. — Cette cavité intrapulmonaire est de la dimension d'une mandarine, les parois en sont anfractueuses, d'aspect spongieux et on y observe des vaisseaux pour ainsi dire disséqués des tissus environnants et paraissant prêts à se rompre. Tout autour de la cavité, le tissu pulmonaire s'est condensé, sclérosé, formant une coque qui prouve la durée relativement longue de l'abcès.

Le foie est gros et présente à la coupe des bandes cicatricielles étoilées, irrégulières, ressemblant à des gommes anciennes, vestige peut-être des accès d'hépatite signalés chez le malade.

Entre la face supérieure du foie et le diaphragme, une cuillerée à café environ de pus crémeux, n'ayant aucune communication avec le foie, dont il est séparé par la capsule saine. C'est un abcès sous-phrénique en miniature.

L'intestin, depuis le côlon transverse jusqu'à la fin du rectum est absolument criblé d'ulcérations de la dimension des pièces de un à deux francs, confluentes au point d'occuper autant de place que les espaces intercalaires sains. Ces ulcérations sont profondes, le fond en est sanieux, les bords un peu épaissis.

OBSERVATION VI

(Due à M. le D^r E. Josserand.)

*Dysenterie chronique sans abcès du foie. — Bronchite purulente
fébrile chronique sans bacilles de Koch.*

L. B..., âgé de 26 ans, journalier, entre le 6 juin 1898 dans le service de M. le D^r E. Josserand, à l'hôpital Saint-Pothin. Son père est bien portant, sa mère est morte d'une affection du cœur. Lui-même n'a eu que la petite vérole à l'âge de 18 ans. Pas de syphilis, pas d'alcoolisme avéré. Une

blennorrhagie s'est accompagnée d'abcès urinaire traité par M. Augagneur, et terminé par une fistule intermittente qui laisse sourdre l'urine, mais qui se ferme parfois spontanément.

Au régiment, le malade se mit à tousser, et au bout de quelque temps fut réformé, en 1895, pour tuberculose pulmonaire. Depuis ce moment la toux n'a jamais disparu, mais c'est depuis deux ans seulement que la maladie s'est surtout accentuée.

Au début, les crachats étaient striés de sang, survenant tous les jours pendant quelques mois. Actuellement, l'expectoration est muco-purulente. Depuis quelque temps, l'amaigrissement est considérable; il existe des sueurs nocturnes et une diarrhée quotidienne. Le malade se plaint surtout de douleurs survenant environ une heure et demie après les repas et qui persistent jusqu'au moment où survient une débâcle diarrhéique. Cette douleur a son maximum à la partie supérieure de l'abdomen, au niveau du creux épigastrique, d'où elle s'irradie un peu de tous les côtés, mais surtout dans l'hypochondre droit. A ce moment, la température oscille entre 37°5 et 38°5.

Cet état persistait sans changement notable depuis plusieurs mois, et le malade regardé comme tuberculeux avait été placé salle Saint-Just. Cependant M. le Dr E. Josserand, frappé de la banalité des signes stéthoscopiques ne se traduisant que par des sibilances et des ronchus disséminés, fait descendre le malade dans la salle commune. En même temps l'examen bactériologique des crachats, pratiqué au laboratoire de la Faculté, démontrait *l'absence de bacilles de Koch*. En pressant le malade de questions, on apprit qu'il avait eu la dysenterie en Algérie pendant six mois. Celle-ci guérit et disparut pendant quatorze mois; puis elle reparut en 1897 pour ne plus disparaître complètement.

Au mois de mars 1899, les selles sont encore au nombre de quatre à cinq par jour, liquides, glaireuses. Il existe de la douleur sur le trajet du côlon descendant. On ordonne à plusieurs reprises des lavements au ratanhia et au nitrate d'argent. L'expectoration est toujours muco-purulente, abondante.

Au mois de juin, bien que le malade tousse davantage,

cependant on ne constate toujours aux deux poumons que des sibillances généralisées et banales. La température varie entre 37°5 et 38°5. La persistance de la diarrhée dysentérique, dont on parvient à réduire les selles à trois par jour grâce à un vigoureux traitement, explique suffisamment le mauvais état général, l'amaigrissement et la perte des forces. L'examen de l'abdomen ne réveille pas de douleurs sur le cœcum et le côlon ascendant; l's iliaque seule est douloureuse à la pression; le ventre n'est ni rétracté, ni ballonné. La pression sur l'hypocondre droit est bien supportée. Il n'y a pas de matité splénique et le foie n'est pas augmenté de volume. A la base droite, on constate vers la fin du mois de juin un foyer de râles sous-crépitaux, et en avant, au-dessus du foie, quelques râles un peu éclatants. Le foie semble donc être surmonté d'une couronne d'inflammation bronchique.

Les jours suivants, des ponctions exploratrices pratiquées à 7 ou 8 centimètres dans le tissu hépatique, restent négatives.

Le 25 août 1899, le malade quitte le service non guéri.

OBSERVATION VII

(Communiquée à M. le Dr E. Josserand par M. le Dr Bouveret.)

Dysenterie datant de cinq ans. — Période intercalaire de quatre ans sans troubles intestinaux. — Malade regardé tour à tour comme tuberculeux et paludéen. — Vomique. — Opération. — Guérison.

X..., soldat faisant campagne au Tonkin, où il arrive en janvier 1888. Accès paludéens dès les premiers mois. En juillet 1889, le malade entre à l'hôpital de Lang-Son pour une dysenterie qui fut sévère et dura deux mois. Évacué sur Hanoï, il éprouve une rechute pendant le voyage, se rétablit de nouveau et est rapatrié en février 1890. Nouvelle rechute pendant la traversée. Le séjour au pays natal le rétablit promptement et en août 1890 il rejoignait son régiment à Montpellier et prenait part aux grandes manœuvres, après lesquelles il rentrait dans ses foyers en bonne santé, pesant

74 kilogr. et menant une vie très active. En 1891, il se marie ; durant l'année 1892, quelques malaises périodiques tous les deux ou trois mois, sans que le malade spécifie leur nature.

En novembre 1893, après une période de surmenage caractérisée par un travail *pénible* dans un milieu *froid et humide*, il prend la grippe, dit-il, et reste quelques jours au lit. On lui conseille le séjour sur le littoral méditerranéen, où il se rend en janvier 1894. Il y passe trois mois avec des accès de fièvre, des douleurs dans le bras droit, et en revient en mars ayant perdu 12 kilogr. Pensant alors à des accès paludéens, on lui fait prendre de la quinine et on l'envoie en montagne. Au mois de mai 1894, en présence de douleurs thoraciques qu'on attribue à de la pleurésie sèche, on lui conseille un climat moins froid : il revient chez lui avec des accès fébriles, des transpirations nocturnes, de vives douleurs dans le bras droit. Diarrhée (notée pour la première fois depuis son retour en France). En juillet, on parle de coliques hépatiques, puis on soupçonne enfin un abcès du foie, lorsqu'une vomique survient qui confirme le diagnostic. Mais l'état général reste toujours mauvais et la température très élevée. C'est alors que M. Bouveret vit le malade pour la première fois. Il s'agit évidemment d'un abcès du foie, consécutif à la dysenterie de 1889, c'est-à-dire d'il y a cinq ans. Expectoration purulente abondante, un tiers de litre en vingt-quatre heures. Pus hépatique de teinte rougeâtre, chocolat. État général mauvais, inquiétant, au point qu'on se demande si le malade pourra supporter une intervention chirurgicale. L'hypochondre droit n'est presque plus douloureux, et le foie ne déborde pas les fausses côtes droites. La zone de matité remonte sur la paroi latérale et postérieure du thorax, à peu près à la hauteur du mamelon. Râles humides, pas de souffle. M. Bouveret conseille l'intervention immédiate. Elle est faite quatre jours après par M. le professeur Maurice Pollosson. Incision latérale avec résection costale ; il n'y a pas d'adhérences. Issue d'un litre de pus. Suites difficiles, inquiétantes ; ouverture probable de l'abcès dans l'intestin, après quoi l'amélioration se dessine pour aboutir à une guérison définitive en octobre 1894.

OBSERVATION VIII

(Communiquée à M. le D^r E. Josserand par M. le D^r Garand,
médecin des hôpitaux de Saint-Etienne.)

Fièvre palustre. — Dysenterie des pays chauds contractée onze ans auparavant. — Guérison apparente : accalmie pendant sept ans. — Abscès du foie dont l'évolution au début a été prise pour de la tuberculose aiguë. — Opération. — Guérison.

X..., âgé de 39 ans, ingénieur. Tuberculose chez deux frères et une sœur qui ont succombé jeunes. Pas de maladies à signaler dans l'enfance; quelques bronchites légères.

Il est parti en 1884 pour le Honduras où il a séjourné dans la région qui avoisine l'Atlantique, région marécageuse; ce séjour a duré six ans avec six mois de congé au bout de deux ans et demi; dans cette période, il n'y eut pas de maladies.

Dans la deuxième période (1887), dès son arrivée, X... est atteint de fièvre palustre presque ininterrompue : accès tous les huit jours ou tous les quinze jours, se renouvelant deux ou trois fois, à type quotidien ou tierce, et coupés par un granule de sulfate de quinine.

En 1888, apparition de la dysenterie qui n'a cessé qu'en 1892. Le retour en France s'est effectué au mois d'avril 1890 avec persistance de la fièvre à accès bien nets pendant six mois.

La dysenterie a disparu de la façon suivante : X... était ingénieur aux mines de Charbonnier (Puy-de-Dôme), toujours souffrant de la dysenterie; on vient lui apprendre une nuit qu'un accident s'était produit dans la mine, et il en éprouva une vive émotion; le lendemain, le médecin qui le vit lui trouva le *teint si jaune*, qu'il lui administra deux grammes d'ipéca; à la suite de cette médication, X... fut débarrassé de sa dysenterie; l'ipéca avait été employé auparavant sans succès, à doses moindres il est vrai.

Depuis 1892, X... ne signale aucun trouble intestinal sérieux; il avait de temps en temps ce qu'il appelle des

dérangements de corps qu'il mettait sur le compte de l'alimentation.

En 1893, retour des accès palustres pendant trois semaines, et qui disparurent avec le changement de région.

A la fin de 1893 survint une pleurésie sèche de la base gauche avec point pleurétique extrêmement douloureux, fièvre vive de courte durée. Le tout disparut au bout de quinze jours environ.

Depuis son retour en France, X... n'a jamais eu un fort appétit ; il n'a pas eu de troubles digestifs persistants, mais il était *petit mangeur* ; depuis quelques années, et notamment avant le début de la dernière maladie que nous allons signaler, il buvait beaucoup de bière.

Quelques semaines avant le 20 novembre 1898, l'appétit avait diminué, au point de devenir nul. En même temps survinrent de la dépression, un dégoût général et des troubles de caractère. Vers le 20 novembre apparurent des selles fétides.

Le 30 novembre 1898, pendant la nuit, le malade fut pris de vomissements bilieux très abondants, accompagnés de selles fétides, d'une température de 39°2 et d'une urine très albumineuse ; ces symptômes s'amendèrent assez rapidement ; le 19 novembre, la température est redevenue normale ; l'albuminurie disparaît au bout de deux ou trois jours, les vomissements ne se montrent plus ; il existe des signes d'embarras gastrique intense ; le foie est augmenté de volume, un peu douloureux ; la rate n'est pas hypertrophiée. Les conjonctives ont une teinte subictérique, le facies est un peu terreux.

A partir du 20 décembre, le malade se lève et sort deux ou trois jours après.

Cette maladie nous avait préoccupé beaucoup, en raison des antécédents chez les collatéraux. Le Dr X..., qui vit M. X... quelques jours après le début, conclut à de l'embarras gastrique simple.

Le 11 janvier 1899 apparurent des vomissements bilieux très abondants, un état gastrique très marqué, une langue saburrale et des selles fétides (dans l'intervalle des deux crises, les selles avaient perdu leur fétidité et tout paraissait être dans l'ordre, sauf que le malade se sentait toujours affaibli et n'avait pas recouvré l'appétit).

Cette fois, la température ne diminua point comme nous l'espérions; au bout d'une quinzaine de jours, nous fûmes de nouveau hantés par l'idée d'une tuberculose aiguë; le sommet droit portait d'anciennes lésions tuberculeuses guéries d'après l'examen du Dr X... Il ne nous sembla pas que rien de nouveau fut survenu de ce côté. C'est du côté du sommet gauche que nous avons cru trouver des signes si peu accentués, d'ailleurs que nous disions à la famille : « S'il n'y avait pas d'antécédents, nous n'y attacherions sans doute que peu d'importance, peut-être même ne nous y arrêterions-nous pas ».

Le 4 février, la température est de 37°2 le matin, 38°5 le soir; le malade a maigri beaucoup, il ne mange pas; l'état gastrique, quoique meilleur, est loin d'être normal; quelques sueurs nocturnes. Le foie est toujours augmenté de volume, mais dans de faibles proportions; la percussion de la rate ne révèle pas d'hypertrophie.

Nous envoyons le malade à Cannes. Le 21 février, un phénomène nouveau se produit : un grand accès fébrile avec deux périodes : a) frisson d'une durée de trente-cinq minutes, b), température d'une durée de une heure.

D'autres accès survinrent le 26, le 28 février et le 1^{er} mars; ces accès débutent par un vomissement alimentaire; le 4, le 14, le 17, le 18 mars, nouveaux accès; le 19, deux accès renouvelés le 20, le 21 et le 22, ce jour-là encore, deux accès.

Les derniers accès furent précédés d'une douleur extrêmement vive, très courte, siégeant dans la région lombaire sans que le malade puisse préciser le siège exact; dès que la douleur avait disparu, le frisson apparaissait. Le médecin qui soignait le malade à Cannes fit part de ces incidents au Dr X... et à moi-même; nous pensâmes, sans que nous ayons échangé nos impressions, qu'il s'agissait d'un abcès du foie. Mais pour ma part, je fus mis sur la voie par le souvenir du travail du Dr Etienne Josserand, médecin des hôpitaux de Lyon (*Lyon Médical*, 1897, p. 421). Le malade fut aussitôt ramené à Saint-Étienne et opéré trois jours après son arrivée, le 31 mai 1899, par le Dr Duchamp, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Saint-Étienne; l'incision fut faite en avant sur le bord antérieur du foie et en se guidant

sur un trocart qui avait révélé l'existence du pus. Ce point avait été choisi après un examen minutieux pratiqué par le D^r X...

Le malade est aujourd'hui parfaitement guéri. Il a recouvré son appétit; ses forces et son embonpoint sont revenus, et il ne présente aucun trouble gastrique.

OBSERVATION IX

(Cas de Walther cité par M. le D^r E. Jossierand) (1).

Dysenterie initiale datant de cinq ans. — Troubles de la santé dans la période intercalaire. — Abscess du foie à évolution lente. — Pus stérile.

Ce cas se trouve résumé dans le rapport de Ricard à la Société de chirurgie, sur un mémoire de Walther intitulé : *Six abscess du foie*. Dans cette observation, fort bien détaillée au point de vue étiologique qui nous occupe, la dysenterie initiale remontait à cinq ans, et il est dit, sans spécifier autrement, que le malade ne s'était jamais bien porté, quoique étant rentré rapidement en France.

L'évolution de l'abcès du foie fut lente; la première manifestation douloureuse à l'hypochondre droit remontait à sept mois. A l'opération le pus fut trouvé stérile.

OBSERVATION X

(Cas de Routier, cité par M. le D^r E. Jossierand.)

Dysenterie initiale datant de sept à huit ans. — Santé bonne pendant cinq ans de la période intercalaire. — Malade regardé comme phthisique.

Au cours de la discussion sur le mémoire de Walther, Routier rappela l'histoire d'un de ses malades atteint d'un abcès du foie contracté à la suite d'une dysenterie datant de

(1) *Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie*, 1896, séance du 15 janvier.

sept à huit ans. Ce sujet s'était bien porté pendant cinq ans, puis il a eu des accidents hépatiques pour lesquels il a été soigné à l'hôpital Saint-Antoine.

Il y a six mois, sa santé déclina, et il fut considéré comme phtisique au troisième degré. La ponction de l'abcès donna un pus qui fut constaté stérile.

OBSERVATION XI

(Cas de Berger, cité par M. le Dr E. Jossierand) (1).

Dysenterie initiale datant de sept ans et persistant trois ans après le retour en France. — Période intercalaire caractérisée par l'existence de troubles intestinaux et par l'absence de douleur hépatique. — Développement de l'abcès à l'occasion d'une grippe. — Cachexie sans fièvre. — Ouverture dans les bronches. — Guérison après opération.

F..., âgé de 30 ans, entre le 28 février 1897 à la Pitié, avec les signes d'un abcès profond du foie. Voici ce qu'il raconte sur les origines de cette affection :

En 1889 et 1890 il fut envoyé comme militaire au Tonkin. Pendant les six premiers mois de son séjour aux colonies, il eut la dysenterie ; à ce moment il fut atteint d'une douleur à la région du foie et considéré comme présentant une hépatite passagère qui céda d'ailleurs à l'application d'un vésicatoire sur l'hypochondre droit.

La dysenterie continua, même après son retour en France ; elle dura trois ans encore, de janvier 1891 à mars 1894. Enfin elle guérit, quoique le malade n'eut rien fait pour se soigner. Les selles diarrhéiques, mélangées de glaires et de filets de sang, disparurent, les périodes de constipation alternant avec des débâcles, firent place à des garderobes plus régulières. Cependant le malade restait habituellement constipé, et le moindre refroidissement était suivi de deux ou trois jours de diarrhée ; celle-ci n'avait d'ailleurs pas de caractère spécial, et depuis la congestion hépatique passagère qu'il

(1) *Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie*, séance du 15 janvier 1896.

avait présentée au Tonkin, le malade n'avait jamais ressenti de douleur dans la région du foie.

En décembre 1896, il fut pris d'une grippe qui dura six semaines ; dès le début de cette maladie, *il sentit son foie*. Cette douleur était exagérée par la pression et par les efforts. Amaigrissement, pâleur, altération des traits, anxiété respiratoire paraissant dépendre surtout de la douleur, qui est continue. Anorexie, vomissements alimentaires fréquents. *Pas de fièvre*, la température oscille régulièrement entre 36°7 et 37°2. Il existe une voussure très marquée de la base du thorax à droite, mais le bord inférieur du foie ne dépasse les fausses côtes qu'au niveau de la région épigastrique qu'il recouvre sur une hauteur de trois travers de doigt. La tuméfaction manifeste du foie, étant donné les antécédents pathologiques du malade, *malgré l'absence de fièvre*, me firent admettre l'existence d'un abcès du foie.

Le 10 mars, le malade a une vomique. L'état général n'est pas amélioré, et la fièvre, jusque-là absente, atteint 38°5.

Le 2 avril, ouverture de l'abcès par incision transdiaphragmatique.

Le malade sort de l'hôpital le 29 avril, complètement guéri.

OBSERVATION XII

(Cas de Rendu (1), analogue au cas de Berger.)

Dysenterie initiale datant de neuf ans. — Poussée congestive alcoolique du foie deux ans après la dysenterie. — Santé parfaite pendant six ans. — Réveil des accidents à l'occasion d'un bain froid. — Cachexie sans fièvre. — Malade pris pour un tuberculeux et traité par la créosote. — Opération. — Pus stérile. — Guérison.

Félix N..., âgé de 31 ans, ancien attaché à la fabrication des capsules, entre le 16 décembre 1895 à l'hôpital. Individu d'apparence chétive, malade, presque cachectique, qui se plaint d'une vive douleur dans la région du foie. Jusqu'en 1883 il se porte bien et n'a pas de maladie sérieuse.

(1) Société médicale des hôpitaux de Paris, juillet 1896.

En 1884 il part comme soldat au Tonkin ; il y reste trois années consécutives jusqu'en 1887. Pendant cette période il est successivement atteint de fièvres intermittentes, qui lui durent cinq mois, et de dysenterie. Celle-ci, de moyenne intensité, est guérie au bout de trois semaines, sans laisser de traces appréciables. Pourtant, d'après le dire du malade, dès cette époque le médecin militaire qui le soignait avait trouvé le foie gros, ce qu'il attribuait autant à l'impaludisme qu'à la dysenterie. Quelques mois après, le malade fut rapatrié en France, il était alors absolument guéri.

De 1887 à 1889, période pendant laquelle le malade se livre, à Paris, à une série d'excès de toutes sortes.

En 1889 il se présente à l'hôpital Saint-Antoine avec des signes non douteux de congestion du foie et un certain degré d'ictère. On le considère alors comme atteint de congestion du foie, consécutive à des excès alcooliques. Au bout de quatre mois, il quitte l'hôpital dans un état tout à fait satisfaisant.

Depuis cette époque, le malade renonce à boire et à faire des excès ; sa santé redevient bonne pendant six ans.

Le début de son affection actuelle remonte à la fin du mois d'août 1895. A cette date, le malade va prendre un bain froid. Les jours suivants il présente les signes d'embarras gastrique avec diarrhée par intervalles. Les symptômes s'aggravent pendant l'automne et le médecin qu'il consulte le trouvant anémié et amaigri, sans symptômes nets, songe à la tuberculose et le traite par la créosote. Il est en effet essoufflé et tousse d'une façon habituelle.

Le 24 décembre, il entre à l'hôpital ; la douleur hépatique est le symptôme prédominant. *Pas de fièvre*, mais cachexie, dépérissement général. Jamais il n'a eu de selles glaireuses ni sanguinolentes dans ces derniers temps. Les poumons sont absolument sains, mais en bas et à droite, la respiration est faible, presque nulle, sans souffle, ni égophonie, ni pectoriloquie aphone. La matité qui existe à ce niveau et pourrait faire croire à une pleurésie, est l'expression de l'hypertrophie hépatique.

Par contre, l'état général est médiocre. Depuis trois mois le malade a sensiblement maigri et s'est affaibli.

Enfin le soir il constate un œdème fugace des membres inférieurs.

Du reste il n'a aucune fièvre, le pouls est à 80, la température plutôt basse, 36°,8. Ce qui domine, c'est l'état de cachexie et de dépérissement général.

Le 29 décembre, ouverture de l'abcès par incision dans le huitième espace intercostal. Le pus est trouvé stérile.

A la fin de février le malade est complètement guéri.

En résumé, l'étiologie complexe de ce cas peut se résumer ainsi : séjour dans les pays chauds, dysenterie légère et de peu de durée, mais nettement caractérisée par des garde-robes glaireuses et sanguinolentes ; alcoolisme certain qui détermine une première fois une poussée congestive grave du foie deux ans après la période dysentérique ; finalement, refroidissement qui réveille les accidents aigus, six ans après que ceux-ci paraissent complètement éteints.

Comme dans le cas de Berger, il s'était écoulé neuf ans entre l'abcès et la dysenterie, et il avait fallu l'occasion d'un bain pour réveiller les germes.

OBSERVATION XIII

(Rapport de Richelot à la Soc. de chirurgie, 29 décembre 1897.)

Abcès du foie survenu onze ans environ après la dysenterie initiale, précédé durant deux ans de malaises vagues. — Trois abcès successivement opérés. — Guérison. — Pus stérile.

Je fus consulté en juin 1897 par M. K..., homme de 39 ans, qui a fait au service de la France la campagne du Tonkin, non sans y subir l'épreuve d'une *dysenterie grave*. Depuis 1886, à deux ou trois reprises il a eu « des fièvres » ; d'ailleurs, santé vigoureuse, appétit régulier, estomac solide, aucune trace d'alcoolisme. Seulement depuis deux ans, la santé est moins bonne, il y a des moments de souffrance vague, de malaises inexplicables. Vous voyez que nous sommes loin de la période de sept mois après laquelle s'est montré l'abcès chez le premier malade de M. Lafourcade, et que le mien peut passer à bon droit pour s'être fait attendre.

Tout à coup la fièvre éclate avec une douleur violente. Sensibilité épigastrique excessive, ballonnement, péritonisme, température 39° et 40°. A un premier examen il m'est impossible de rien reconnaître.

Quelques jours plus tard, l'orage calmé, Dieulafoy est appelé, diagnostique un abcès du foie ou un kyste hydatique suppuré et conseille une ponction exploratrice. Appelé de nouveau, je trouve la situation bien éclaircie, la collection purulente n'est pas douteuse, car il y a une bosse fluctuante sous les fausses côtes ; le kyste hydatique suppuré est moins probable que l'abcès, puisque le malade est un tonkinois. Très souffrant, sans sommeil, sans appétit, ayant tous les jours 38° à 38° 5, le malade réclame l'opération, qui est faite le 23 juin.

J'arrive sur le foie. Une ponction exploratrice donne un pus franc, sans odeur, puis un pus sanguinolent. Incision : 350 grammes de pus s'écoulent. L'examen bactériologique cette fois n'est pas fait.

Rien à dire des suites. Toute fièvre cesse ; l'état général, l'appétit se relèvent, les drains sont repoussés peu à peu, et l'abcès fermé au bout de vingt-cinq jours.

Mais bientôt la douleur se réveille en un autre point, au-dessous de l'appendice xiphoïde. Après diverses pérégrinations, le malade revient à Paris en assez piteux état, ayant perdu 18 livres, souffrant de l'épigastre avec des irradiations aux deux épaules et une toux réflexe continue, malgré l'intégrité parfaite de ses bronches. La température oscille autour de 38°.

Nouvelle intervention le 2 octobre. Incision entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic. 200 grammes de pus non fétide.

Ce second abcès m'avait déjà étonné, car les abcès du foie sont uniques dans la grande majorité des cas, et je pensais bien que nous en avions fini, lorsqu'une douleur vive se déclara dans le côté droit, au niveau de la huitième et neuvième côte.

M. K..., souffrant toujours et ne dormant pas, me mit en demeure d'intervenir pour la troisième fois. Je me décidai le 27 octobre à une troisième laparotomie. Flot de pus de 7 à 800 grammes. La cicatrisation est parfaite en un mois, et le malade est aujourd'hui parfaitement guéri.

Cette fois l'examen bactériologique du pus a été fait ; on l'a trouvé *stérile*, sans microbes, et ne donnant pas de cultures.

OBSERVATION XIV

(Laveran, Soc. méd. hôp., 1893.)

*Abcès du foie à pus stérile. — Dysenterie remontant à sept ans. —
Nécropsie : ulcérat. int. dysentériques.*

C..., âgé de 42 ans, chef mécanicien au chemin de fer du Soudan, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce le 16 août 1892.

En 1875, après avoir fait son service militaire, C... est entré au chemin de fer d'Orléans où il est resté jusqu'en 1882.

En 1882 il est parti pour le Soudan comme mécanicien ; dès son arrivée il a eu la fièvre palustre.

En 1885 atteint de dysenterie aiguë et depuis cette époque la dysenterie a paru à diverses reprises : selles fréquentes, sanguinolentes, coliques, étreintes.

A la fin de janvier 1892, il a ressenti une douleur assez vive dans la région du foie, et qui a toujours été en augmentant depuis lors.

Rentre en France le 2 juin 1892.

Le 17 août 1892, le malade est très anémié, amaigri, très faible. La température axillaire est de 37°5 le matin, 39°5 le soir. Le malade se plaint surtout d'une douleur dans le côté droit.

Les selles ne sont pas dysentériques en ce moment.

18 août, opération : écoulement d'un litre de pus jaunâtre, grumeleux. Le pusensemencé est *stérile*.

Le malade, épuisé par la dysenterie qui reparait le 25 août et par la suppuration, meurt le 8 novembre 1892.

A l'autopsie : abcès unique du foie, lequel a un volume à peu près normal. Gros intestin profondément altéré, à paroi épaisse, avec des ulcérations en grand nombre ; les altérations sont, en un mot, celles d'une dysenterie chronique des mieux caractérisées.

OBSERVATION XV

(Laveran, Soc. méd. des hôp., juillet 1890.)

Hépatite suppurée contractée au Tonkin. — Dysenterie fruste. — Autopsie : pas d'ulcérations. — Pus stérile.

M. B..., âgé de 37 ans, adjoint du génie, entre à l'hôpital du Val-de-Grâce le 5 août 1888. Le malade a fait campagne en Cochinchine de 1880 à 1882, et au Tonkin de 1885 à 1888.

A eu en plusieurs reprises, en Cochinchine et au Tonkin, des accès de fièvre et de la diarrhée.

Il n'a jamais eu d'atteinte grave de dysenterie. Rentré en France bien portant le 10 juillet 1888.

Quelques jours après son arrivée, douleurs du côté du foie qui l'amènent au Val-de-Grâce. A l'entrée : fièvre (39°), anorexie, foie augmenté de volume, douleur à la pression. La fièvre résiste à la quinine. La rate ne paraît pas augmentée de volume.

La fièvre hectique persiste au commencement de septembre ; le malade ne mange pas et s'affaiblit. Le foie augmente de volume.

20 septembre. — Ouverture de l'abcès : un litre de pus environ.

Le malade va en s'affaiblissant ; mort le 7 octobre.

Autopsie. — Foie doublé de volume. Outre l'abcès qui a été ouvert, on compte huit abcès superficiels sur la face concave. Sur la face convexe : dix abcès, les plus gros ayant le volume de petites pommes. Autres petits abcès profonds sur les coupes du foie. Rate de volume à peu près normal.

Intestin grêle normal. Dans le gros intestin, seulement un peu d'hyperémie de la muqueuse, *pas d'ulcérations, ni de cicatrices.* Pus stérile lors de la ponction faite au début de l'opération.

OBSERVATION XVI

(Peyrot, *Rapport à la Soc. de chir.*, 7 janvier 1891.)

*Abcès du foie quinze ans après dysenterie. — Opération. — Pus stérile.
— Guérison complète.*

L. D..., âgé de 28 ans, ajusteur, est entré le 1^{er} décembre 1890 dans le service du D^r Raymond, à Lariboisière, pour des douleurs qu'il éprouvait dans le ventre, et pour un état fébrile datant de plusieurs années. Il est amaigri, terreaux, cachectique. Il raconte qu'il a fait, à l'âge de 8 ans, une chute sur le côté droit, qui fut contusionné, sur le bord d'un trottoir. De ce fait, il dut rester deux mois au lit.

Peu après il partit pour la Nouvelle-Calédonie, où il a passé sept ans. En 1875 il a été atteint, dans cette colonie, d'une dysenterie grave, qui dura trois mois. Il finit par se remettre et rentra en France trois mois après. Depuis, il a été atteint assez souvent de bronchite et est considéré par le D^r Raymond comme un emphysémateux.

En juillet 1890 il commence à souffrir dans le flanc droit. De temps en temps se montrent des frissons d'abord légers, mais qui, peu à peu, se répètent plus souvent et s'aggravent. En septembre, le malade est appelé à faire une période d'instruction militaire de vingt-huit jours ; au bout de peu de jours, il souffre davantage, devient incapable de continuer son service, et garde le lit à l'infirmerie.

En octobre, une tuméfaction douloureuse apparaît au-dessous des côtes droites ; le décubitus de ce côté devient impossible. Les frissons ne se reproduisent plus, mais l'appétit se perd, les forces diminuent, le malade maigrit et bientôt ne peut plus quitter le lit. Il entre à Lariboisière le 1^{er} décembre.

M. Raymond constate l'existence d'une vaste collection faisant saillie dans l'hypochondre droit. Il fait le diagnostic d'abcès du foie consécutif à la dysenterie, confirme cette opinion par une ponction avec la seringue Pravaz, qui lui permet d'aspirer un liquide purulent, et veut bien faire passer le malade dans mon service.

Il est aisé de constater que le volume du foie est énorme. L'organe descend en avant à deux travers de doigts au-dessous de l'ombilic ; cette partie saillante est fluctuante.

Le malade tousse et présente, dans toute la poitrine, de nombreux râles sibilants.

Le 4 décembre 1890, ouverture de la collection. Une énorme quantité de pus, évaluée à deux litres au moins, s'écoule rapidement. Malgré le déversement dans la cavité péritonéale d'une certaine quantité de pus, il n'y a pas le moindre retentissement sur le péritoine. Le 27 décembre la cicatrisation était complète.

Le malade est resté dans le service jusqu'au 7 janvier 1891. Il est méconnaissable. En quinze jours, il a repris d'une façon étonnante. Il est parfaitement guéri.

Le pus est trouvé stérile.

OBSERVATION XVII (résumée.)

(Loison et Arnaud, *Rev. de Méd.*, 1892.)

Abcès du foie quatre à cinq ans après la dysenterie initiale.

— Pus stérile. — Guérison.

Marm..., né dans l'Isère en 1855, n'a pas d'antécédents héréditaires, n'a pas fait de maladie dans son jeune âge.

Premier séjour en Tunisie de 1881 à 1886.

A Madagascar de 1886 à 1889. Deux atteintes successives de dysenterie qui ont duré chacune une huitaine de jours ; a contracté également la fièvre paludéenne.

De retour en Tunisie en janvier 1890 ; à l'occasion de l'influenza, nouveaux accès de fièvre intermittente.

Pendant l'année 1891, état de santé excellent.

Janvier 1892, toux sèche sans fièvre ni douleur. — Mars 1892, fièvre le soir, douleur à l'épaule droite. — Avril 1892, douleur assez vive au niveau du foie.

Entrée à l'hôpital militaire de Tunis le 23 mai. Le malade, de bonne constitution, est anémié. La peau a une teinte terreuse. Pas de fièvre. Légère constipation.

24 mai, incision laissant sortir un litre environ de pus jaune verdâtre, caractéristique des abcès du foie.

L'état général s'améliore progressivement, les forces reviennent et le 1^{er} juillet la plaie est complètement cicatrisée.

Examen du pus : stérile.

OBSERVATION XVIII

(Murchison. *Maladie du foie*, trad. de Cyr., 1878, obs. LXXXIII.)

Abcès hépatique sans élévation de température dix ans après l'attaque de dysenterie. — Accès de diarrhée dans la période intercalaire. — Ouverture de l'abcès dans l'intestin.

Le 18 février 1875, je fus appelé en consultation pour voir M. A..., âgé de 40 ans. M. A... avait habité la Chine pendant bon nombre d'années, mais depuis les cinq dernières années, il résidait à Londres ou dans les environs.

En 1865, il eut la dysenterie en Chine, et depuis lors il a été affecté de diarrhée dysentérique chronique, de trois à cinq selles par jour, contenant souvent du sang et du mucus, et parfois accompagnées de ténésme. L'appétit s'est maintenu assez bon et son apparence extérieure était assez satisfaisante. Neuf semaines avant ma visite il commença à perdre l'appétit, à avoir des nausées et de temps en temps des vomissements ; il devint blême ; ses intestins fonctionnaient comme d'habitude. Il continua cependant à aller et venir jusqu'à cinq jours avant ma visite ; il fut alors pris d'une violente douleur dans le ventre. Cette douleur augmenta graduellement jusqu'au 17 février. Ce jour-là, il eut dans la nuit une crise telle qu'il se roula plusieurs heures presque à l'agonie, ne fut calmé que par de fortes doses d'opium. La douleur parut d'abord se rapporter à la partie inférieure de l'abdomen ; mais lorsque je vis le malade, elle était limitée à la région de la vésicule où l'on sentait une proéminence distincte, quoique mal définie, à peu près du volume d'une orange. En même temps que la douleur, il y avait des frissons et des efforts de vomissements, mais

l'examen thermométrique répété ne fit reconnaître aucune élévation de température. Au moment de ma visite la température était de 37°5, le pouls à 76.

Le traitement prescrit ne donna qu'un faible soulagement.

Le 21 au soir, évacuation par le rectum d'un demi-litre de matière jaune, qui fut reconnue au microscope pour être du pus. Il s'en écoula encore beaucoup le lendemain et un peu moins le 23 ; mais dès la première évacuation, la douleur disparut. Le 24, le malade n'évacua qu'un peu de sang et de mucus ; ensuite, les garderobes devinrent plus naturelles. Le 8 mars la douleur revint avec des paroxysmes, mais sans élévation de température. Le 13 mars, la température était 37°3. La douleur persista encore cinq à six jours et alors se dissipa, cette fois sans évacuation apparente de matière. Le 1^{er} avril, le malade vint me voir à la ville et ne se plaignit à ce moment de rien autre chose que de sa diarrhée habituelle qui, vers le 14 avril, avait considérablement diminué sous l'influence de la créosote et de l'opium.

Malgré les antécédents de dysenterie et de diarrhée et l'évidence des troubles gastrique et hépatique immédiatement avant l'invasion des accidents aigus, l'intensité et le caractère paroxystique de la douleur, associée à la sensibilité et à la tuméfaction obscure dans la région de la vésicule biliaire, mais sans co-existence de fièvre, indiquaient qu'un calcul engagé dans le canal cystique était la cause probable des accidents. La marche de la maladie, cependant, faisait supposer que l'on devait avoir affaire à un abcès qui, finalement, se fit jour dans l'intestin. Le siège précis de l'abcès est resté un peu douteux. Le fait que la douleur partait d'abord de la partie inférieure de l'abdomen et l'évacuation presque instantanée par le rectum après la sensation de rupture, permettent de supposer qu'il se trouvait dans le voisinage du rectum. En outre, les antécédents de dysenterie, les troubles hépatiques immédiatement avant les accidents aigus, et cette circonstance qu'il y avait un gonflement mal distinct, avec sensibilité dans la région du foie et qui disparut après l'évacuation de la matière, étaient en faveur d'un abcès hépatique. La supposition d'un abcès de la vésicule, consécutif à l'obstruction du canal

cystique par un calcul, était rendue improbable par ce fait que l'abcès s'était vidé de lui-même, sans que rien démontrât l'existence antérieure de quelque obstruction (ictère), bien qu'il soit possible qu'une vésicule enflammée et distendue par du pus se vide spontanément dans le côlon. L'intérêt du cas réside dans ce fait qu'il existait dans l'abdomen un abcès qui a déterminé pendant un certain nombre de jours une violente douleur, mais aucun des symptômes généraux habituels de la fièvre.

OBSERVATION XIX (résumée.)

(Murchison *Mal. du foie*, trad. de Cyr, 1878, obs. LXXXIV.)

Abcès tropical du foie. — Antécédents de la maladie remontant à trois ans et demi. — Absence de fièvre. — Paracentèse. — Mort. — Autopsie : malgré l'absence de dysenterie on trouve des ulcérations intestinales anciennes.

Le lieutenant M..., âgé de 25 ans, me consulta le 1^{er} décembre 1873. En novembre 1868, il alla pour la première fois dans l'Inde. En 1869 et 1870 il eut plusieurs accès de fièvre intermittente et en 1870-1871 il eut des atteintes répétées de congestion du foie. En décembre 1872, le foie augmenta de volume et devint douloureux ; le malade perdit l'appétit, eut des envies de vomir, de la constipation. Après trois mois, les symptômes les plus aigus se dissipent, mais il resta très faible et le lobe gauche du foie était toujours gros et douloureux.

En avril 1873 il quitta l'Inde, en congé de maladie, et arriva en juin en Angleterre. Il continua à aller mieux jusqu'en novembre où il fut pris de douleur dans le lobe droit du foie. Quand je le vis, le foie mesurait six pouces sur la ligne mammaire droite, mais il n'y avait pas de signe de fluctuation, ni d'envie de vomir, ni de diarrhée. Pouls à 108 ; grande pâleur. Crises toujours semblables, au foie, à peu près une fois par mois.

En août 1875 il retourna dans l'Inde, mais les crises continuèrent à revenir ; dans les intervalles il avait quelquefois la diarrhée.

De nouveau renvoyé en Angleterre, en congé de maladie, dans le mois de mars 1876. Le 27 avril, température normale, pas d'ictère. Au bout d'une quinzaine de jours, une tumeur fluctuante commença à paraître dans la légion lombaire droite. Le 30 mai survint la diarrhée, cinq à six selles par jour ; mais pendant tout ce temps la température ne s'est pas élevée au-dessus de la normale.

Le 9 juin admis à l'hôpital Saint-Thomas. Pouls à 122 ; température à 36°8 et 37°3. On retire par aspiration dix-huit onces de pus épais rouge-brun. Pas de soulagement consécutif, trois jours après incision de la tumeur et il en sort un demi-litre de pus. Après l'opération, la température n'a jamais dépassé 37°5. Mort le 19 juin.

Autopsie. — Abscès multiples du foie, le principal siégeant à la face inférieure. Les branches de la veine porte étaient remplies de caillots adhérents et leurs tuniques épaissies et infiltrées de leucocytes qui étaient aussi accumulés autour d'elles. Nombreuses petites cicatrices rondes et ovales d'anciennes ulcérations sur le côlon et le rectum et aussi à la partie inférieure de l'iléon ; parois de l'intestin non épaissies.

OBSERVATION XX

(Cas de Lafourcade, de Bayonne, dans le rapport de Richelot à la Soc. de chir., décembre 1897.)

Abscès dysentérique du foie à marche lente. — Malade pris pour un tuberculeux. — Opération. — Guérison.

Jeune homme de 22 ans, qui a passé deux ans à Saïgon et au Tonkin. A la fin de son séjour, au moment de s'embarquer pour la France, il contracte la dysenterie. Arrivé en France en janvier 1890, il paraît en bonne santé, malgré une certaine maigreur et se livre aux exercices du cheval et de la bicyclette ; c'est seulement au bout de deux mois que l'état général devient mauvais, avec des températures de 38°5 à 39° et qu'un médecin diagnostique la tuberculose pulmonaire. M. Lafourcade, appelé à ce

moment, trouve une voussure à la base du thorax, un bord antérieur du foie dépassant de deux à trois centimètres les fausses côtes, une fièvre oscillant de 37°5 à 39° et tenant compte des antécédents, reconnaît un *abcès dysentérique à marche torpide* (sept mois depuis le début). Opération 16 juin 1896. Guérison au bout d'un mois.

OBSERVATION XXI

(Murehison, *Maladies du foie*, trad. Cyr, 1878, obs. LXXVII.)

Abcès dysentérique secondaire du poumon. — Pas d'alcérations ni de cicatrices intestinales.

Le malade, âgé de 34 ans, avait eu la dysenterie plusieurs années auparavant dans l'Inde et à Malte. Les symptômes durant les neuf jours passés à l'hôpital avant sa mort, avaient été une fièvre hectique, de l'émaciation, de la dyspnée, de la toux et une expectoration purulente, avec un gonflement douloureux du foie produisant une voussure des côtes. La matité hépatique ne descendait pas plus bas que deux pouces au-dessous du rebord costal sur la ligne mammaire droite, mais en haut elle arrivait au troisième espace intercostal. La surface du foie était unie, mais l'augmentation de volume ne portait pas sur tout l'organe uniformément. La langue était d'une rougeur inaccoutumée ; pas de vomissements, d'ictère, ni de diarrhée, mais l'abdomen était sensible partout et il y avait des signes manifestes d'un épanchement péritonéal.

A l'autopsie, on trouva dans le péritoine un litre et demi à deux litres de sérosité. Le foie adhérait solidement au diaphragme et aux parois abdominales et présentait à la partie supérieure du lobe droit un abcès gros comme une noix de coco, et qui avait perforé le diaphragme de façon à avoir pour limite en haut la base du poumon droit. L'abcès était enkysté dans une capsule de tissu aréolaire dense et contenait du pus jaune avec de gros flocons fibrineux. Dans le lobe inférieur du poumon droit se trouvait un autre abcès, du volume d'une grosse orange, distinct du précédent

et contenant du pus rougeâtre. Le côlon descendant et la courbure sigmoïde étaient très contractés; leurs tuniques étaient épaissies, la muqueuse était couleur d'ardoise, mais ne présentait ni ulcérations récentes, ni cicatrices distinctes.

OBSERVATION XXII (personnelle et inédite.)

(Cas recueilli dans le service de M. le Dr Vallas.)

Abcès du foie survenu cinq ans après le début de la dysenterie. — Diarrhée intercalaire. — Hypertrophie du foie. — Deux abcès successivement opérés.

Pierre D..., âgé de 30 ans, cultivateur, né aux Côtes-d'Are (Isère). Pas d'antécédents héréditaires. Pas d'antécédents personnels.

En 1891, il fut envoyé comme militaire à Saïgon, où il séjourna près de deux ans. Bien portant tout d'abord, il contracta dans les derniers mois de son séjour, en 1893, une forte dysenterie qui l'obligea à entrer à l'hôpital militaire pendant deux mois. Le malade dit qu'il avait jusqu'à quarante selles par jour, graisseuses, mêlées de sang et accompagnées de ténésme. Il fut traité uniquement par le régime lacté. Il sortit guéri et la dysenterie ne reparut plus durant son séjour aux colonies. Ajoutons qu'à ce moment le foie ne fut pas constaté augmenté de volume, bien que dans la suite se fit sentir déjà un point hépatique à l'occasion d'un surmenage, tel qu'une marche forcée. On note aussi des accès de fièvre paludéenne survenu à deux ou trois reprises différentes.

En mars 1893, retour en France avec trois mois de convalescence durant lesquels la santé redevient assez bonne. Dès lors durant l'année le malade quitte et reprend alternativement son service, ces interruptions étant dues à des rechutes de diarrhée occasionnées par le refroidissement.

En 1894, libération du service. Le malade reprend ses occupations et sa santé se maintient en bon état, malgré des périodes de diarrhée survenant à intervalles plus ou moins

éloignés. Jamais de fièvre, à son dire, dans cette période intercalaire.

En 1898, il s'aperçut au mois de juillet que le foie grossissait sans aucune douleur, sauf un léger point survenant à l'occasion du surmenage. La déformation du flanc droit s'accroissant, le malade va consulter un médecin qui reconnaît un abcès du foie et l'envoie à l'hôpital.

Au commencement de novembre 1898, il entre dans le service de M. le Dr Vallas. A ce moment la dysenterie avait reparu, se traduisant par vingt selles par jour environ non sanguinolentes; une tuméfaction soulève l'hypochondre droit; l'amaigrissement est notable; aucun signe pleuropulmonaire de la base droite. Fièvre variant entre 38 et 39°. Opération en deux temps par la méthode Volkmann: issue de deux litres et demie de pus couleur chocolat. Après un séjour de trois mois à l'hôpital, le malade sort complètement rétabli.

Il reprend ses occupations, interrompues à de courts intervalles par des accès de diarrhée. Au mois d'octobre 1899, le foie augmente de nouveau de volume et oblige le patient à rentrer une seconde fois à l'hôpital.

Deuxième intervention le 11 novembre 1899. Évacuation de un litre de pus. Ce malade a bon facies; l'appétit est conservé; il ne tousse ni ne crache, et l'examen des poumons reste négatif. Le matin, température 37°5, le soir, 39°.

L'examen bactériologique du pus n'a pas été fait.

CONCLUSIONS

1° Les abcès dysentériques du foie peuvent être tardifs dans des limites capable d'étonner et qui ne sont pas établies par les auteurs; ils peuvent évoluer jusqu'à dix ou quinze ans après la guérison, réelle ou apparente, de l'entérite. Si bien que chez un malade soupçonné de suppuration hépatique, les antécédents dysentériques doivent être recherchés très loin dans le passé, presque aussi loin que le chancre induré dans un cas de syphilis cérébrale par exemple.

2° Ces abcès sont généralement consécutifs à des dysenteries de forme sévère et prolongée. En outre, la période de santé apparente, souvent très longue, qui sépare la dysenterie de l'éclosion de l'abcès, est souvent émaillée, si l'on y prend garde, de troubles intestinaux plus ou moins légers. Il en résulte pour nous que c'est vraisemblablement dans l'intestin que subsistent les germes infectueux destinés à provoquer l'hépatite; d'autant mieux qu'on peut, comme dans une de nos observations, constater à l'autopsie ces résidus dysentériques dans des cas où aucune symptomé intestinal ne pouvait les faire soupçonner. Si

bien que les abcès tardifs du foie sont, relativement aux ulcérations dysentériques, probablement moins tardifs qu'il ne semble.

3° Ces abcès ont deux caractères cliniques principaux : une marche lente et torpide. Il en résulte deux caractères secondaires, leur ouverture fréquente dans les bronches et la stérilité du pus. Ils sont souvent méconnus et simulent des accès paludéens, des angiocholites calculeuses, des kystes hydatiques, des cirrhoses, des cancers, mais surtout de la tuberculose pulmonaire.

4° La dysenterie chronique fruste peut réaliser d'autres suppurations viscérales que les abcès hépatiques. Le poumon peut êtreensemencé directement sous forme d'abcès pulmonaire dysentérique et peut-être sous forme de bronchite purulente dysentérique.

5° Les moindres troubles intestinaux, chez les anciens dysentériques, doivent être attentivement surveillés, l'ancienneté de l'entérite primitive n'étant pas, au point de vue intestinal, et même au point de vue hépatique, un gage absolu de sécurité pour l'avenir.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

J. TEISSIER.

Vu :

LE DOYEN,

LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,

PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- BEZIEN. Th. Paris, 1873.
CLAVEL. Th. Paris, 1873.
CAMBAY. Traité des mal. des pays chauds, Paris, 1847.
CATTELOUP. Rec. de mém. de méd. et de ph. milit., 1847.
DEBRAY. Th. Paris, 1895.
DICKINSON. Transact. of the pathol. Society of London, 1862.
DUJARDIN-BEAUMETZ. Des aliments complets et du régime lacté. Bull. gén. de thér., 1886.
EYSAUTIER. Th. Paris, 1880.
HASPEL. Maladies de l'Algérie, Paris, 1850 et 1852.
KELSCH et KIENER. Traité des maladies de pays chauds, 1889.
LAVERAN. Soc. méd. hôp., 1893 et 1890.
LONGUET. Presse médicale, 1895.
LOISON et ARNAUD. Revue de médecine, 1892.
MAUREL. Régime lacté, Bull. gén. de thér., 1881.
MOXON. Transact. of the pathol. Soc. of London, 1873.
MURCHISON. Maladies du foie, trad. de Cyr, 1878.
NEIL-MACLEAD. British medical Journal, 1894, 1880.
PEYROT. Soc. de chir., 1891.
PEYROT et VEILLON. Soc. de chir., 1890.
RAMONET. Arch. de méd. et de ph. milit., 1887.
RENDU. Dict. encycl. des sciences médicales. Soc. de méd. des hôp., 1896.
RICHELOT. Soc. de chirurgie, 1897.
TUFFIER. Bull. Soc. chir., XVIII, 1890.
ZANCAROL. Revue de chirurgie, 1898.
-

